

¿Es el copago la solución?

Opiniones y actitudes
de los andaluces
ante el «copago» de
los servicios sanitarios

Lourdes Biedma Velázquez y
Rafael Serrano del Rosal (coords.)






Sergio Galiano Coronil
José María García de Diego
Julia Ranchal Romero


¿Es el copago la solución?

Opiniones y actitudes
de los andaluces
ante el «copago» de
los servicios sanitarios

**Lourdes Biedma Velázquez
y Rafael Serrano del Rosal
(coords.)**

Sergio Galiano Coronil
José María García de Diego
Julia Ranchal Romero

   [proyecto piloto]		
Tinta sin metales pesados y papeles procedentes de una gestión forestal sostenible		
Impacto ambiental por producto impreso	 Agotamiento de recursos fósiles 0,91 kg petróleo eq	 Huella de carbono 2,87 Kg CO ₂ eq
por 100 g de producto	0,07 kg petróleo eq	0,24 Kg CO ₂ eq
% medio de un ciudadano europeo por día	20,1 %	9,37 %


LIFE DE ENVIRONMENT
JUNTA DE ANDALUCÍA
REGISTRADO EN LA JUNTA DE ANDALUCÍA

reg. n.º: 2014/E15
Más información en
www.ecoedicion.eu

Edita:

Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces,
Consejería de la Presidencia, Junta de Andalucía

© Del texto: los autores, 2014

© De la edición: Fundación Pública Andaluza

Centro de Estudios Andaluces

Bailén, 50 — 41001 Sevilla

Tel.: 955 055 210

Fax: 955 055 211

www.centrodeestudiosandaluces.es

Primera edición, octubre de 2014

ISBN: 978-84-942605-3-7

Depósito legal: SE 1819-2014

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1. Presentación.....	9
1.2. Objetivos del estudio.....	12
1.3. Material y métodos.....	14
1.4. Agradecimientos	18
2. SITUACIÓN ECONÓMICA.....	21
2.1. Coyuntura económica actual.....	21
2.2. Gasto público y su distribución.....	36
2.3. Gasto sanitario público.....	41
2.4. Situación económica del sistema sanitario público.....	50
3. EL SISTEMA SANITARIO.....	61
3.1. Salud: pilar del Estado de bienestar.....	61
3.2. Sistema sanitario público de Andalucía.....	80
3.3. Conocimiento de los ciudadanos sobre el sistema sanitario público de Andalucía.....	85
3.4. Percepción de los ciudadanos sobre la situación de la sanidad pública andaluza.....	90
3.5. Diagnóstico de la situación del sistema sanitario público según los expertos.....	103

4. EL MODELO SANITARIO.....	113
4.1. Asistencia Sanitaria Universal.....	115
4.2. Gestión pública.....	120
4.3. Gestión descentralizada.....	126
4.4. Cambios en el sistema sanitario.....	131
4.5. En resumen.....	141
5. COPAGO SANITARIO.....	145
5.1. El copago a debate.....	146
5.2. Sistemas de copago en nuestro entorno.....	153
5.3. Copago, salud y equidad.....	159
5.4. El copago desde el punto de vista de los expertos.....	161
5.5. Copago desde el punto de vista de los ciudadanos.....	180
5.6. Copago de medicamentos.....	194
5.7. Los ciudadanos como <i>abusadores</i> de los servicios sanitarios.....	207
5.8. En resumen.....	213
6. CONCLUSIONES.....	219
6.1. Recapitulemos.....	219
6.2. Principales resultados presentados.....	223
6.3. Respondiendo a la pregunta: ¿es el copago la solución?.....	231
7. BIBLIOGRAFÍA.....	237
8. ANEXOS.....	251
9. LOS AUTORES.....	262

Introducción

capítulo **1**



Introducción

1.1. Presentación

LA FUNDACIÓN CENTRO DE ESTUDIOS ANDALUCES, cuyo objetivo fundacional es el fomento de los estudios e investigaciones científicas que contribuyan a un mejor conocimiento de Andalucía, así como a la difusión de dicho conocimiento, convocó el 18 de enero de 2012 la octava edición de la Convocatoria de Proyectos de Investigación. Fue seleccionado el proyecto *¿Es el «copago» la solución? Opiniones y actitudes de los andaluces ante el «copago» de los servicios sanitarios públicos*, dirigido por el investigador Rafael Serrano del Rosal que, en colaboración con otros colegas de su línea de investigación: *Identidad, Bienestar Subjetivo y Comportamiento Humano* en el Instituto de Estudios Sociales Avanzados, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IESA-CSIC), han desarrollado la investigación cuyos principales resultados se presentan en esta obra.

§

En la actualidad nacional ha irrumpido con fuerza el debate público, no siempre bien informado, sobre la necesidad y/o posibilidad de instaurar copagos sanitarios al albur fundamentalmente de la crisis económica. Si bien es cierto que no siempre bajo aquel concepto se refieren a la misma cosa. En términos generales, como se verá más adelante, el copago podría entenderse como «la participación directa del paciente en parte del coste de los servicios sanitarios en el momento de utilizarlos» (SemFYC, 2010).

El tema del copago se plantea y difunde en la actualidad española como reacción a la actual situación económica, se presenta como una vía para la «sostenibilidad» de los servicios públicos sanitarios en un

entorno de austeridad en el gasto público como política prioritaria (casi única); frente a otros enfoques posibles como por ejemplo la reducción de derechos ciudadanos consolidados en el ámbito de las prestaciones sanitarias, como serían los de universalidad y gratuidad (o más bien financiación vía impuestos), lo que a nuestro juicio introduciría el tema desde una perspectiva muy diferente: una redefinición por la vía de los hechos del concepto de Estado y de «ciudadanía».

Todo ello probablemente esté en la base de que los distintos actores sociales manifiesten sus posturas a favor o en contra de los copagos, atendiendo a criterios ideológicos que se presentan como verdades, si bien la mayor parte de las veces no están fundamentados en conocimiento científico alguno, ni siquiera en información de calidad, lo que convierte este debate, por lo general, en un flujo de informaciones contradictorias escasamente fundamentadas. Además hay una de las partes fundamentales, los ciudadanos, cuyas opiniones y actitudes son siempre un supuesto o están atribuidas, ya que no existen para España estudios al respecto (también son inexistentes o escasísimos en otros entornos) y menos aún en la actual situación socioeconómica.

La aproximación a las opiniones y actitudes de los ciudadanos andaluces sobre el copago de los servicios sanitarios que se aporta como base empírica de esta obra se fundamenta en una metodología cuantitativa contrastada que utiliza como instrumento la encuesta telefónica y una muestra representativa de 1.200 ciudadanos. En esta encuesta, además de por el copago, se pregunta sobre otros temas relacionados como son la valoración de la situación económica de Andalucía, del sistema sanitario andaluz, o el abuso del sistema, entre otros. No obstante, fue fundamental abordar el fenómeno del copago sanitario también desde una perspectiva cualitativa, como primera aproximación al fenómeno, y bajo un doble objetivo: por un lado, construir un cuestionario capaz de cubrir el amplio espectro de posiciones y enfoques referenciados y, por otro, recabar el discurso de los expertos no solo de la escasa literatura existente sino de una forma más dinámica, es decir, con capacidad de interpelarlos. Todo ello se ha realizado a través de la entrevista a expertos con un contrastado conocimiento del tema, del ámbito de la economía de la salud y de la política y gestión sanitaria.

Además de mostrar la opinión de los ciudadanos y la opinión de los expertos sobre los temas investigados, se incluyen datos macroeconómicos y estadísticas oficiales que ofrecen un marco contextual en el que presentar, valorar e interpretar los resultados del estudio.

El texto se ha organizado en varios capítulos. En el introductorio, además de presentar el estudio, se mostraran sus objetivos y la metodología utilizada. En un segundo capítulo se abordará la actual coyuntura económica general y del sistema sanitario público, y cómo afectan estas situaciones contextuales a la valoración de los entrevistados sobre la situación económica general y del sistema sanitario. El tercer capítulo entra ya de lleno en el análisis del sistema sanitario, y tras una descripción del actual sistema y un análisis contextual de otros modelos sanitarios análogos, se analiza el conocimiento, valoración y evolución del sistema sanitario público andaluz, por parte de los ciudadanos entrevistados, añadiendo al final del capítulo el diagnóstico que los expertos realizan sobre la situación del sistema sanitario público de Andalucía. En el capítulo cuarto se abordan los fundamentos del modelo sanitario, analizando la opinión de los ciudadanos sobre la universalidad de la asistencia sanitaria, sobre quién debe gestionar la sanidad pública y sobre el sistema descentralizado; analizando posteriormente los cambios que las últimas reformas legislativas han realizado sobre estos fundamentos del Sistema Nacional de Salud (SNS en adelante). El capítulo quinto aborda el objetivo fundamental de este estudio, el copago sanitario, tanto desde un punto de vista teórico, como en el contexto de los países de nuestro entorno, también según la opinión de los encuestados y sin olvidar la visión de los expertos; tratando por tanto de aportar una visión lo más completa posible sobre este complejo fenómeno, e incluyendo un apartado concreto sobre la reforma del copago de medicamentos. Culmina el libro el capítulo sexto, de conclusiones, que trata en su primer epígrafe de recapitular los principales resultados obtenidos, tanto en la encuesta, como en los discursos ofrecidos por los expertos y en los datos recogidos a través de fuentes secundarias. Posteriormente, trata de dar una respuesta a la pregunta planteada por la investigación, «¿Es el copago la solución?», pero no desde nuestra perspectiva particular, sino desde la opinión contextualizada de los ciudadanos andaluces y de los expertos en gestión y economía sanitaria. Debido a que la pregunta es respondida por diferentes actores, no se llegará a una respuesta afirmativa o negativa sin más, sino a diferentes visiones, que ofrecen una fotografía de un debate que no sólo está en la calle sino que es vivido por los ciudadanos con un gran interés.

También podrá encontrar el lector al final del libro todas las referencias bibliográficas que se han utilizado en la elaboración del texto, así como el cuestionario completo que se utilizó, y la ficha técnica del estudio.

Se espera que este estudio resulte de interés para los gestores sanitarios, en cuyas manos está orientar la gestión en una u otra dirección, a los investigadores en economía de la salud y otras disciplinas afines y, por supuesto, a los ciudadanos y personas interesadas en el tema, que son los receptores últimos de las políticas que se lleven a cabo y han sido el elemento fundamental de esta investigación.

1.2. Objetivos del estudio

Desde que en 1991 el Informe Abril sostuviera que el sistema sanitario tenía graves problemas económicos y aconsejara la introducción de nuevas formas de gestión, entre las cuales se mencionaba el copago de los servicios sanitarios, éste ha estado explícita o implícitamente en el centro del debate de la financiación de la sanidad en diferentes ocasiones.

El elemento fundamental que sustenta la existencia misma del debate, más aún en la actualidad, es por tanto la «insostenibilidad» del sistema sanitario. Son muchos los razonamientos en los que se mezclan sin suficiente conocimiento diferentes dimensiones de un fenómeno complejo y poco conocido. Se analizan los aspectos políticos y económicos de la implantación de esta nueva tasa, pero se olvida la dimensión social, la visión de los ciudadanos y usuarios del sistema sanitario. Y este ha sido el principal objetivo del estudio que ahora les presentamos, ampliar el conocimiento que se tiene sobre la opinión de los ciudadanos, referente a la posible implantación de un sistema de copago sanitario en Andalucía.

Es por todo ello que se consideró interesante realizar un análisis sociológico que permitiera ampliar el prisma de reflexión sobre la medida del copago sanitario. Este estudio incluye el análisis de varios enfoques. En primer lugar se ha realizado una aproximación a la opinión de los expertos, principalmente economistas especialistas en el ámbito sanitario y gestores de mismo, lo que permitió entre otras cosas poder entender qué elementos estaban vinculados con el copago sanitario, sirviéndonos de base para poder realizar el cuestionario que posteriormente se ha utilizado como herramienta de recogida de información. El enfoque principal, objeto de este proyecto, es analizar la visión de los ciudadanos, que son el objetivo último de cualquier política pública y centro sobre el que pivota el sistema sanitario público andaluz en la actualidad. Es sin embargo el actor que menos se ha tenido en cuenta en el debate que nos atañe.

En concreto, el objetivo general del estudio es conocer las opiniones y actitudes de los ciudadanos residentes en Andalucía sobre una posible implantación del llamado «copago» en los Servicios Sanitarios Públicos en Andalucía.

El objetivo general se tradujo de forma operativa en los siguientes objetivos específicos que se enumeran a continuación, según orden de prioridad:

1. Conocer el grado de conocimiento de los ciudadanos sobre el concepto «copago sanitario», así como analizar su percepción sobre la implantación de este sistema impositivo, sobre los efectos que tendrá, y sobre si consideran que supondrá una mejora para la gestión y financiación de los servicios públicos.
2. Analizar los diferentes perfiles ciudadanos que están a favor y en contra de la implantación del copago sanitario.
3. Saber si los ciudadanos creen que existen personas que abusan del sistema sanitario, y si es así, identificar qué colectivos son principalmente.
4. Analizar la relación entre la percepción de abuso del sistema sanitario y la opinión de los ciudadanos sobre la necesidad de establecer un sistema de copago sanitario.
5. Analizar los perfiles ciudadanos en relación a los colectivos que identifican como abusadores del sistema sanitario.
6. Advertir la opinión de los ciudadanos sobre el actual sistema de prestación de servicios por parte de los organismos públicos y qué elementos del gasto público son para los entrevistados los prioritarios.
7. Analizar la valoración que realizan los ciudadanos sobre el actual sistema sanitario público en Andalucía, y si existe una relación entre aquella y su opinión sobre la necesidad de establecer un sistema de copago sanitario.
8. Conocer la percepción que tienen los ciudadanos sobre la actual situación económica que vive España en general y Andalucía en particular.

Estos objetivos operativos con los que comenzamos la investigación se fueron modelando y sobre todo ampliando en el propio proceso de investigación como se puede observar en esta obra. A nuestro juicio resulta fundamental conocer el punto de vista de los ciudadanos ante este tema, de gran importancia social, política y económica, y a su vez, de tanta actualidad. Se asiste en estos momentos a un debate público, en el que interactúan diferentes actores sociales (políticos, asociaciones profesionales, medios de comunicación, etc.). No obstante, la voz del ciudadano ha quedado relegada a un segundo lugar, en muchas ocasiones al darse por sentada su opinión, sin realmente tener datos objetivos que nos lleven a conocer exactamente que tiene que decir sobre el asunto. Si además se tiene en cuenta que el establecimiento del llamado «copago» se ubica en el ámbito sanitario, siendo la salud un tema de gran sensibilidad social, se entiende el interés prioritario que este asunto posee.

La salud es uno de los pilares del Estado del bienestar, y dada la coyuntura económica que atraviesa nuestra sociedad, es indudable el interés que una reflexión sobre esta cuestión posee, tanto para los ciudadanos en general, a los que es necesario informar de forma clara y rigurosa sobre las cuestiones que van a afectarles tan directamente, como para los gestores públicos, que deben conocer el grado de información de la ciudadanía, así como su opinión sobre estas cuestiones para poder orientar la toma de decisiones políticas que lleven a cabo, basándose en información fiable y observada bajo criterios científicos.

1.3. **Material y métodos**

La metodología que se consideró más pertinente para alcanzar los objetivos propuestos fue principalmente la cuantitativa, a través de la realización de una encuesta. Para ello se elaboró un cuestionario, tras la pertinente revisión documental y bibliográfica y el análisis de entrevistas realizadas a expertos en la materia.

Entrevistas a expertos

Durante los meses de junio y julio de 2012 se realizaron los contactos con personas de reconocido prestigio en el ámbito de la economía de la salud y de la gestión de servicios sanitarios. Se tuvo en cuenta que las personas contactadas desarrollaran su trabajo en Andalucía, no sólo por

su visión más cercana a la situación de la sanidad andaluza, sino también por un tema de eficiencia logística y de recursos de la investigación. Se realizaron tres entrevistas, dos de ellas a profesores universitarios en economía de la salud, uno de los cuales además había trabajado también en gestión sanitaria. La tercera se realizó a un experto en gestión sanitaria e investigador de una reconocida institución sanitaria. Posteriormente se realizó una cuarta entrevista, en esta ocasión con una persona responsable de un organismo de investigación farmacéutica.

En todos los casos se trató de que los expertos abordasen un conjunto de cuestiones común de interés para la investigación, éstas en ocasiones surgieron de forma espontánea y, en otras, sobre todo al comienzo de la entrevista, tras ser demandada la información por nosotros. En concreto, tras presentarnos y explicar brevemente el proyecto y el interés de contar con su colaboración, los temas (más que preguntas) que se presentaron para que aportaran su opinión fueron:

- Sostenibilidad del sistema sanitario y, en su caso, posible o posibles soluciones.
- Copago sanitario. Les pedimos que nos definieran que significa exactamente copago sanitario, y qué implica, si una reducción del gasto o un aumento de los ingresos. También se les pidió que explicasen los objetivos teóricos del copago.
- Copago y reducción del consumo sanitario. Consumo necesario/innesario de servicios sanitarios. Papel de los profesionales sanitarios como mediadores en el consumo sanitario.
- Coste de la implantación del copago sanitario. En la revisión documental que se realizó no se encontraron estudios que analizaran el coste económico de poner en marcha un sistema de copago sanitario. Se consultó con los expertos si existe algún estudio de este tema, y su opinión sobre este asunto.
- Copago y equidad. Relaciones entre equidad y desigualdad en salud.
- Límites al copago. En los países que ya han establecido sistemas de copago sanitario existen también colectivos que, o bien están totalmente exentos del pago de estos servicios, o bien tienen límites de aportación.

- Copago de medicamentos. Se trata el copago de medicamentos de forma separada por cuanto es el copago más extendido en España, y además coincide que en el momento de realizar las entrevistas se había producido la reforma sobre el porcentaje de aportación de los ciudadanos en la compra de fármacos prescritos por su médico.
- Abuso del sistema. Existe una visión generalizada de que los ciudadanos en general abusan de los servicios sanitarios. Hemos contrastado esta opinión con la propia de los expertos.
- Sector privado. Se les ha preguntado a los entrevistados por el papel que el sector privado pueda tener en el resurgimiento del debate sobre el copago sanitario.

Las entrevistas fueron realizadas por una misma investigadora y grabadas en formato digital de audio, siendo posteriormente transcritas para su análisis.

A estas entrevistas hay que añadir que también se utilizaron como medio de conocimiento de este fenómeno otras entrevistas de expertos económicos, sanitarios, políticos, etc., no realizadas por el equipo investigador pero que se encontraron en formatos digitales y publicados en Internet. Algunas de ellas pueden ser consultadas en la siguiente página web: <http://www.fundacionbamborg.org/eventos/conferencias/conferencia-general-sobre-sostenibilidad-del-sistema-sanitario-espana>.

Se ha optado por incluir las opiniones de los expertos entrevistados (rescatando sus palabras) en función del tema tratado, en lugar de realizar un análisis separado. Consideramos que con ello contribuimos a que no se repitan temas, aunque este objetivo es harto complejo, al estar muchos de ellos íntimamente relacionados.

Cuestionario a la población general andaluza

Tras la revisión documental y con la información que los expertos aportaron, se llevó a cabo el diseño del cuestionario. Este estaba dividido en bloques, que abordaban cuestiones tales como la situación económica del país y de Andalucía, así como la situación económica del sistema sanitario, todo desde el punto de vista de los ciudadanos; el

copago sanitario, su necesidad, eficacia y equidad; el abuso del sistema sanitario por parte de los ciudadanos; el copago de medicamentos; la gestión del sistema sanitario; y un bloque de datos de clasificación del encuestado.

Tras testar el cuestionario y realizar los cambios que se consideraron oportunos se llegó a un cuestionario definitivo que puede consultarse íntegro en el anexo 1.

La población objeto de estudio (el universo muestral) han sido los ciudadanos residentes en Andalucía, de 18 años o más. Se han realizado 1.200 encuestas a través de un muestreo aleatorio simple sobre los rangos de números de teléfonos fijos y móviles. Las variables de estratificación han sido la provincia de residencia del entrevistado y cuotas de sexo y edad.

Las entrevistas se han realizado a través de un sistema telefónico asistido por ordenador (CATT) mediante cuestionario estructurado. Se han seleccionado dos muestras, una para teléfonos fijos y otra para teléfonos móviles. Para seleccionar el tamaño muestral de unos y otros se ha utilizado la proporción que optimiza la varianza, teniendo en cuenta el coste de obtener una encuesta en cada tipo de teléfono y la proporción de población que dispone de cada una de ellos¹.

Dado que no existe ningún directorio de teléfonos móviles, se han seleccionado las unidades de muestreo a través de las técnicas RDD (Random Digit Dialing) de generación de números aleatorios. Dichos rangos son asignados por la CMT (Comisión del Mercado de las Telecomunicaciones) y están expuestos y actualizados en la página <http://www.cmt.es>. De esta forma se garantiza la equiprobabilidad de selección de los hogares, ya que las actuales bases de datos de teléfonos tienen evidentes deficiencias. En cuanto a las entrevistas realizadas en teléfonos fijos, aunque existen directorios de este tipo de números, estos tienen importantes incorrecciones, por lo que se ha optado por seguir el mismo procedimiento que en los teléfonos móviles y seleccionarlos de forma aleatoria, a través de un programa de generación de números, teniendo en cuenta en este caso los prefijos de cada provincia de la comunidad autónoma andaluza.

1 HARTLEY, H.O.: «Multiple Frame Methodology and Selected Applications», *Sankhya, the Indian Journal of Statistics*, Series C, 36, 1974, pp. 99-118.

El nivel de error máximo esperado ha sido de ± 3 % para un nivel de confianza del 95 %. Los resultados obtenidos han sido ponderados para calibrar los sesgos que se conocen, así, uno de los principales efectos de la encuesta a través de teléfono es que tiende a sobre-representar a la población con mayor nivel educativo. Este sesgo ha sido controlado a través de la ponderación de los resultados con el objeto de restituir la proporcionalidad de la variable nivel de estudios. Asimismo, se ha procedido a corregir las desviaciones que se produjeron por otras variables no incluidas en cuotas como el tamaño de hábitat.

El trabajo de encuestación se ha realizado en las instalaciones CATI que tienen su sede en el Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC), con amplia experiencia en este tipo de trabajos. El cuestionario ha tenido una duración media de 20 minutos. La ficha completa del estudio puede consultarse al final del libro, en el anexo 2.

Los resultados de la encuesta se presentan organizados según el tema tratado. Cuando se realizan cruces bivariados (relación entre dos variables), sólo se presentan los datos en el caso de que la relación entre ambas variables sean estadísticamente significativas. Se presentan también los resultados de otros estudios, cuando, o bien son similares al realizado y los resultados son comparables, o bien cuando dicho estudio tiene interés para el tema que se está tratando.

1.4. Agradecimientos

No queremos terminar este capítulo introductorio sin aprovechar la ocasión para agradecer su colaboración a los expertos que atendieron nuestra llamada y nos ofrecieron de forma totalmente desinteresada su opinión y conocimiento experto, así como su tiempo. Y por supuesto a los ciudadanos que de forma tan generosa ofrecieron el principal material en el que se basa la investigación que ahora presentamos. Sin ellos este trabajo no sería posible. Igualmente a los compañeros de la Unidad Técnica de Estudios Aplicados del IESA-CSIC que participaron en el desarrollo del trabajo de campo.

Situación económica

capítulo 2



Situación económica

EN ESTE CAPÍTULO se realizará, en primer lugar, una breve contextualización de la situación económica actual, concentrando nuestra atención en la situación de la comunidad autónoma andaluza. Ello se hará integrando datos comparativos con otras regiones de nuestro entorno, así como nacionales, europeos e internacionales, de modo que la visión de Andalucía pueda ponerse en relación con el resto de territorios de un contexto cercano. También se analizará en el primer epígrafe la visión que tienen los ciudadanos andaluces de la situación económica de nuestra región. En el segundo epígrafe, se sondeará en qué ámbitos consideran los entrevistados que es prioritario concentrar la inversión o priorizar el gasto público. En el tercer epígrafe, se considerará el gasto público en el ámbito sanitario en particular, identificando las diferencias entre gasto sanitario público y gasto sanitario privado. Por último, en el cuarto epígrafe, se analizará la situación económica del sistema sanitario público y, en concreto, la visión que de esta realidad tienen los andaluces.

2.1. Coyuntura económica actual

Sin tratar de ser exhaustivos ni de realizar un análisis o revisión bibliográfica definitiva sobre la actual situación económica, parece necesario avanzar algo en este asunto, a fin de contextualizar la realidad del sistema sanitario, y de las posibles medidas que se están tomando y que puedan tomarse en un futuro en el ámbito de los servicios públicos de salud, como pueda ser el copago. Es por ello que se repasará brevemente el panorama actual de la economía.

Desde mediados de los años 90 del siglo xx y hasta el año 2008, los países occidentales han vivido lo que algunos autores han denominado una segunda «*Belle Époque*» (Fernández-Villaverde y Lee Ohanian, 2010). Esta época se caracterizó por un crecimiento generalizado de la economía, con incrementos anuales de en torno al 3 % del Producto Interior Bruto (PIB)² en la mayoría de los países de nuestro entorno (gráfico 2.1). Esta situación de euforia también se vivió en los países de las llamadas economías emergentes y en los países en proceso de desarrollo, que crecieron a un ritmo aún mayor. Pero esta larga etapa de prosperidad llegó bruscamente a su fin en la primera década del siglo xxi.

Los estudiosos de la presente crisis sitúan su punto de origen en la subida del precio del petróleo junto con la llamada «crisis de las hipotecas de alto riesgo o *subprime*» de Estados Unidos entre el año 2006 y 2007 (Hernández-Martín *et al.*, 2011). Estos hechos originaron una crisis cuya característica principal y diferencial es que es una crisis eminentemente financiera, provocada por una coyuntura de crecimiento económico que hace que las entidades financieras pongan en el mercado crédito hipotecario sin los requisitos que tradicionalmente se solicitaban para su concesión. En esta etapa no era poco habitual que la compra de vivienda se realizara como un proceso especulativo, en el que el objetivo no era la adquisición de una propiedad para habitarla sino «comprar para vender» y conseguir un beneficio debido al incremento en muy poco tiempo en el precio de la vivienda recientemente adquirida. Los productos hipotecarios se convierten en bonos de deuda y bienes de inversión de alta complejidad, en muchos casos totalmente opacos para los inversores finales a pesar del alto riesgo asumido, no bien evaluados por las agencias de calificación, y que se dispersan por toda la geografía mundial. Cuando los tipos de interés (normalmente variable) aumentan en Estados Unidos, la morosidad en el pago de las hipotecas «*basura*» y también en otras hipotecas que

2 Uno de los indicadores más utilizados para comparar la economía de diferentes países o regiones es el *Producto Interior Bruto (PIB)*, medida macroeconómica que expresa el valor monetario de la producción de bienes y servicios de un país durante un periodo de tiempo (normalmente un año). Otro indicador muy utilizado es el *PIB per cápita* o PIB por habitante, que mide la riqueza disponible entre el número de habitantes de cada región, y por lo tanto es una medida muy utilizada para comparar países o regiones, ya que no se ve afectada por el tamaño y/o densidad demográfica del territorio. También se utiliza con fines comparativos la *Tasa de Variación del PIB*, que mide el incremento o disminución que el PIB de cada región experimenta en un periodo de tiempo determinado, normalmente un año, y se utiliza habitualmente para medir el crecimiento económico de un país.

no necesariamente eran de alto riesgo empieza a multiplicarse. El efecto dominó arrastra a los mercados de todo el mundo, y empuja a la quiebra a grandes empresas y entidades financieras. La sobreoferta de viviendas, que no sólo no se venden sino que además quedan sin pago, presiona los precios hacia la baja (Alvarez, 2008).

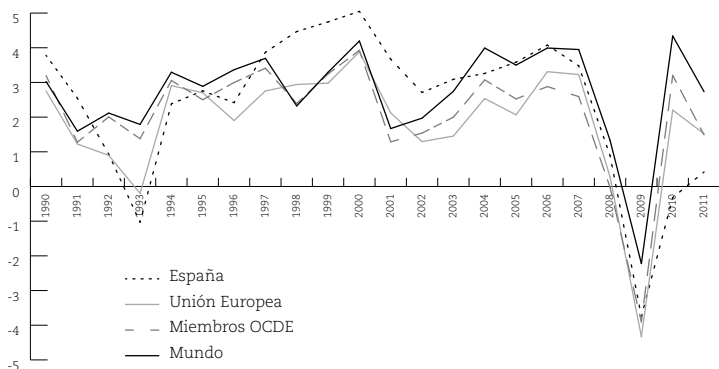
A pesar de que el Banco Federal de Estados Unidos y el Banco Central Europeo inyectan fondos en el sistema financiero, el mercado del crédito se inmoviliza, los bancos no prestan dinero a empresas y familias, la desconfianza es creciente, las empresas cierran o despiden a sus empleados, la inflación crece, y la amenaza de recesión comienza a ser una realidad. La economía global se ve afectada y la recesión de algunas economías es el saldo general de esta situación (Hernández-Martín *et al.*, 2011). La crisis financiera se convierte en una crisis de la economía real.

Evolución de los indicadores macroeconómicos

Como se puede apreciar en el gráfico 2.1 el punto de inflexión en la economía mundial ha sido el año 2008, pasando de un crecimiento de en torno al 3 % del PIB, a un descenso de casi 5 puntos en el año 2009. No obstante, y a pesar de los malos datos económicos, el comienzo de década ha supuesto un respiro para algunas de las economías occidentales recuperando la senda del crecimiento. No es el caso de España ni de otros países de la periferia europea que, como muestran los datos macroeconómicos, están teniendo graves problemas para seguir el camino de los países de su entorno.

Nuestro país creció en las últimas décadas por encima del 3 % anual en porcentaje del PIB. En parte este crecimiento se debió a que partía de un nivel de riqueza inferior al de nuestro vecinos, y al ingresar en la Unión Europea se produjo un proceso de convergencia hacia la economía de la nueva zona común (Braun y Díaz-Giménez, 2010). Por otro lado, el crecimiento de la economía española ha estado estrechamente relacionado con el sector de la construcción y el aumento de los precios de la vivienda. Así, entre 1997 y 2006 la revalorización de la vivienda llegó al 183 % (Campos, 2008), lo que repercutió en el aumento de la inversión, en un incremento del empleo y en el acrecentamiento del poder adquisitivo de las familias, lo que supuso un mayor consumo y endeudamiento, etc. Todo ello explica buena parte del crecimiento de la riqueza y de los indicadores económicos en nuestro país.

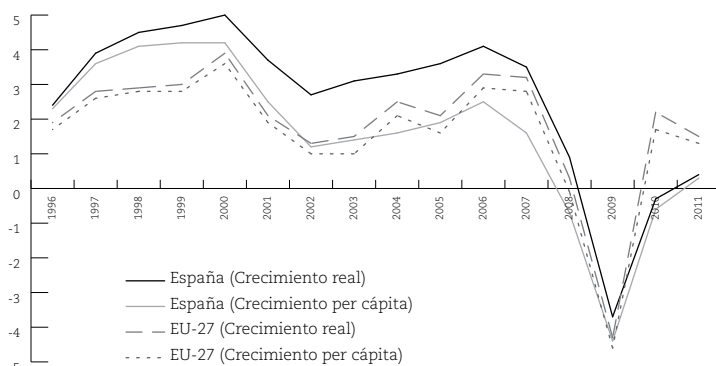
Gráfico 2.1. Tasa de crecimiento anual porcentual del PIB a precios de mercado en moneda local, a precios constantes



Fuente: Banco Mundial <<http://datos.bancomundial.org>>.

No obstante, aunque la situación era de prosperidad económica ahora sabemos bien que los datos deben relativizarse. En la última década la población española experimentó un rápido crecimiento poblacional. Entre el año 2001 y el 2012 la población española se incrementó en más de cinco millones setecientas mil personas, lo que supone el 28,78 % del crecimiento total para la UE-27. Este crecimiento se debió en gran medida al efecto del fenómeno migratorio, que ha aportado a la ciudadanía española algo más de cinco millones de personas desde el año 1998 hasta el 2011, a un ritmo de más de quinientas mil por anualidad entre los años 2003 y 2008, año a partir del cual se ha parado e incluso reducido el número de personas extranjeras en nuestro país. Esto hizo que el crecimiento del PIB per cápita, a pesar de obtener valores positivos, no fuera tan espectacular. Dicha situación no se produjo en el resto de Europa, donde los valores de sus indicadores macroeconómicos no difieren en gran medida si se tiene en cuenta el tamaño poblacional o no. Como se puede observar en el gráfico 2.2. las líneas discontinuas, las correspondientes al crecimiento del PIB real y del PIB per cápita de la Unión Europea apenas se distancian, mientras que las líneas continuas, aquellas que representan a los valores en España, tienen diferencias de más de un punto porcentual, llegando a casi dos puntos en el año 2007.

Gráfico 2.2. Tasa de crecimiento anual porcentual del PIB a precios de mercado en moneda local, a precios constantes y Tasa de crecimiento anual del PIB per cápita, en UE-27 y España



Fuente: Eurostat <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>>.

En este sentido, aunque es cierto que España se ha visto arrastrada por la crisis financiera internacional, no pueden achacarse todas sus dificultades al contagio de la situación exterior, por cuanto ya contaba con sus propios problemas (Bentolila y Boldrín, 2010). El estallido de la llamada «burbuja inmobiliaria» en nuestro país se vislumbraba desde antes de que estallara en Estados Unidos, aunque la versión oficial era que sólo se estaba produciendo una desaceleración en nuestra economía (*Libertaddigital*, 2008). Del mismo modo que el sector de la construcción en España tuvo un papel protagonista en el crecimiento de la economía desde mediados de los años 90 del pasado siglo, su desplome ha sido uno de los grandes detonantes de la crisis y sobre todo el causante de la fuerte intensidad de la misma (gráfico 2.1).

Las medidas de estímulo de la economía que se tomaron en un primer momento, aunque pudieran tener efecto en una menor destrucción de empleo y un mantenimiento del PIB inicial, no solucionaron la mala situación económica y además supusieron un incremento importante del déficit público (Pérez, 2012). España entró en caída del PIB, con un fuerte retroceso de la actividad industrial y una subida de la tasa de desempleo que aún hoy parece no tener fin. Todo esto ha llevado a un empobrecimiento de una parte importante de la población, que a su

vez incide en la caída del consumo y, por ende, tanto en la disminución de los ingresos del Estado vía impuestos, como en la disminución de la actividad económica, el paro y la caída de los salarios, todo lo cual lleva necesariamente al aumento de la morosidad en los créditos bancarios, situaciones de desahucio y todo tipo de dramas personales y sociales. Situación esta que se ve potenciada por políticas de austeridad, eufemismo utilizado para hablar de recortes fundamentalmente del gasto público social, puesto que se considera prioritario rescatar el sistema bancario y pagar la deuda. En suma, una crisis fundamentalmente financiera que finalmente vulnera la economía real y desahucia a buena parte de la ciudadanía.

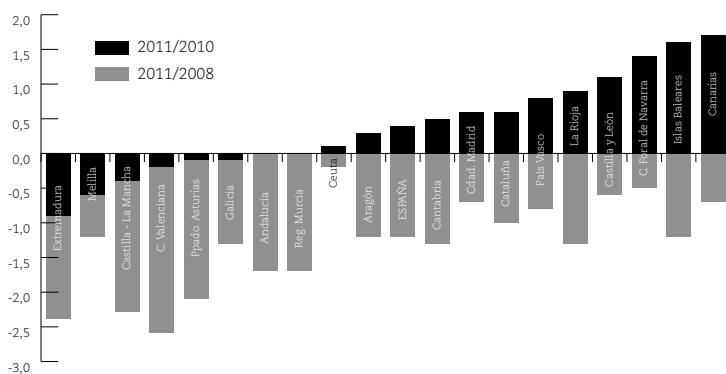
Desde que España entró en recesión, algunos dirigentes han vislumbrado en distintas ocasiones los llamados «brotes verdes» (*«green shoots»*), es decir, síntomas de recuperación que han sido más un espejismo que una realidad (*El Economista*, 2009). En el año 2010 los datos económicos parece que tienden a recuperarse, pero es una recuperación momentánea que cae en 2011, periodo en el que se produce una gran tensión de los mercados financieros, fundamentalmente en la llamada Eurozona. Según el Banco Mundial (gráfico 2.1), el PIB internacional creció en 2011 un 2,7 %, 1,6 puntos menos que el año anterior. Esta ralentización se produce a nivel general en todas las áreas. En España, después de dos saldos negativos, con un crecimiento del -3,7 % en 2009 y del -0,31 % en 2010, de forma muy tímida, el año 2011 se registra una tasa de crecimiento positivo del 0,42 % lo que supuso un pequeño respiro. No obstante, el ritmo de recuperación de la economía de nuestro país se ha quedado rezagado con respecto a los países de nuestro entorno.

En cuanto a la situación de la comunidad autónoma andaluza se puede argumentar que ha seguido una tendencia muy parecida a la española, con una clara disminución del crecimiento del PIB, que obtiene porcentajes de variación negativos en el año 2009 y 2010, y de forma muy tímida va recuperando tasas positivas en el año 2011, con un crecimiento por debajo del crecimiento para el conjunto del país (Secretaría General de Economía, 2012).

Según el INE (gráfico 2.3), los dos archipiélagos, el canario y el balear han sido los que han experimentado una mejor evolución en el crecimiento de su PIB a nivel estatal, con un incremento del 1,7 % y un 1,6 % respectivamente entre 2010 y 2011. Con menor aumento, pero con signo positivo y por encima de la media española se encuentran

las comunidades autónomas de Navarra, Castilla y León, La Rioja, País Vasco, Cataluña, Comunidad de Madrid y Cantabria. Entre las zonas que han experimentado una peor evolución están, entre otras, Extremadura, con una variación interanual del -0,9 % y la ciudad autónoma de Melilla con -0,6 %. Andalucía se encuentra entre las regiones con un avance menor a la media española, acumulando desde 2008 hasta 2011 un descenso del -1,7 % de su PIB.

Gráfico 2.3. Tasa de crecimiento anual porcentual del PIB por CC. AA. Variaciones de los años 2011 y 2010, y de los años 2011 y 2008



Fuente: INE. Contabilidad Regional de España <<http://www.ine.es>>.

Teniendo en cuenta la población de cada región, y si se considera que el valor para el conjunto del territorio español es el 100 %, el País Vasco, la Comunidad de Madrid, y la Comunidad Foral de Navarra son las que tienen un PIB per cápita más elevado, superior al español. Así, si el PIB medio para España es de 23.000 euros por habitante, este valor disminuye en más de 5.700 euros, para situarse en los 17.000 euros por habitante en la comunidad autónoma andaluza, la segunda con menor PIB per cápita después de Extremadura. Los andaluces, que en los últimos cuatro años (2008-2011) han visto disminuir su renta per cápita, viven con el 75 % de la renta media española.

Tabla 2.1. **Producto Interior Bruto per cápita por CC. AA., años 2008 al 2011. Porcentaje del PIB en cada CC. AA. si el Índice de España = 100 %**

	2008	2009	2010	2011	% 2011
País Vasco	30.947	29.642	30.156	31.058	134,7
C. de Madrid	30.944	30.218	29.578	29.845	129,5
C. Foral de Navarra	29.917	28.676	28.866	29.640	128,6
Cataluña	27.620	26.516	26.635	27.236	118,1
Aragón	26.536	25.137	25.330	25.763	111,8
La Rioja	26.372	24.916	25.276	25.762	111,7
Islas Baleares	25.634	24.337	24.039	24.378	105,7
Total Nacional	23.858	22.819	22.766	23.054	100,0
Cantabria	23.114	22.041	22.160	22.680	98,4
Castilla y León	22.538	21.809	22.001	22.484	97,5
Principado de Asturias	22.350	21.147	21.209	21.451	93,0
Galicia	21.121	20.442	20.625	20.806	90,2
C. Valenciana	21.701	20.157	20.150	20.287	88,0
Ceuta	20.989	20.789	20.237	19.952	86,5
Canarias	20.464	19.358	19.494	19.867	86,2
Región de Murcia	20.340	19.046	19.003	18.933	82,1
Castilla-La Mancha	19.495	18.401	18.144	18.155	78,7
Melilla	19.479	19.141	18.423	18.069	78,4
Andalucía	18.365	17.475	17.299	17.337	75,2
Extremadura	16.327	15.881	15.857	15.771	68,4

Unidad: euros.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Contabilidad Regional de España. Serie 2008-2011.

Evolución de los indicadores de desempleo

Uno de los indicadores que más han reflejado la profunda crisis de nuestro país ha sido el empleo. Si bien el problema del paro ha concurrido recurrentemente en España, incluso en la época de *bonanza económica*, con la crisis financiera se ha convertido en el indicador más castigado. Mientras que para el conjunto de países de la Unión Europea la tasa promedio de desempleo total, tomada en el mes de junio de cada año, ha aumentado un 1,6 % en la última década (del año 2002 al 2012), y un 2,4 % en Estados Unidos, en España este aumento ha sido

de 13,6 puntos porcentuales. Este altísimo incremento en el desempleo de nuestro país tan sólo ha sido superado por Grecia, que en los últimos diez años ha sufrido un aumento en su tasa de desempleo de un 14,4 %, a pesar de lo cual su indicador de paro nacional en 2012 es algo inferior al de España.

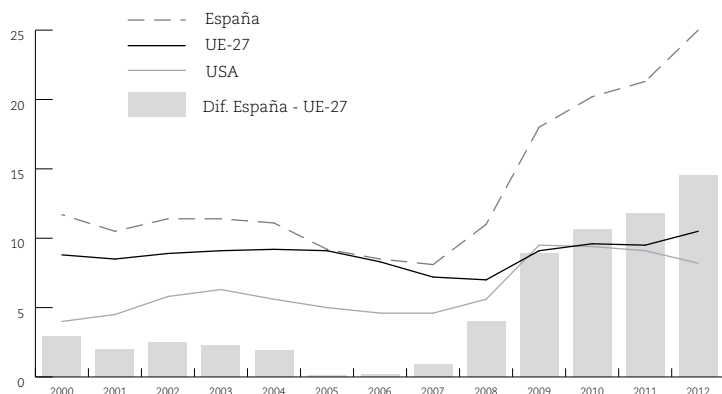
El empleo aumentó mucho en España desde mediados de los años 90 del pasado siglo. Este crecimiento estuvo muy vinculado principalmente al sector servicios y al de la construcción, y a un incremento de la población inmigrante ocupada. La población extranjera suplió parte del trabajo nacional que se trasladó al sector de la construcción y derivados. No obstante, como se observa en la rápida destrucción de ocupación acontecida en los últimos cuatro años, el empleo ha resultado ser muy sensible a los cambios y a la presente crisis económico-financiera. Esto se ha debido, en parte, a la existencia de un mercado laboral caracterizado por una elevada precariedad (temporalidad y altas tasas de paro) a pesar de la cada vez mayor cualificación de la población (Boldrin *et al.*, 2010). Para Bentolila y sus colaboradores (2010) un efecto del fomento del empleo temporal, como el que se ha producido en España en las diferentes reformas laborales, tiene como consecuencia un aumento del empleo (temporal), y al mismo tiempo, un aumento de la destrucción de empleo, al transformar las empresas empleos indefinidos por temporales.

En el gráfico 2.4 se observa el contraste entre la tasa de paro de nuestro país y la de la UE. Esta diferencia, que llegó a su mínimo histórico en los periodos 2005 y 2006, ha aumentado hasta marcar una diferencia de 14,5 puntos porcentuales en el año 2012. La crisis ha afectado a todos los países, y como se veía en los gráficos anteriores, con un efecto parecido en cuanto al porcentaje de reducción del PIB, pero no ha sido así en los datos de desempleo, siendo España el país más castigado de su entorno, de una manera muy significativa.

A nivel nacional, en el segundo trimestre de 2012, los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA)³ muestran una reducción de 4,6 puntos porcentuales en el número de ocupados, con respecto al mismo trimestre del año anterior (INE, 2012). La actividad también ha caído respecto a 2011, tanto en hombres como en mujeres, aunque con mayor intensi-

3 La Encuesta de Población Activa (EPA) es una investigación realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre una muestra de unas 65.000 personas. Es un estudio de periodicidad trimestral que se lleva realizando desde 1964 <http://www.ine.es/prensa/epa_tabla.htm>.

Gráfico 2.4. Tasa de paro armonizado y diferencia entre la tasa de la UE-27 y la de España



Base: porcentaje de paro desestacionalizado. Se ha tomado como referencia el mes de junio de cada año.

Fuente: Eurostat <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>>.

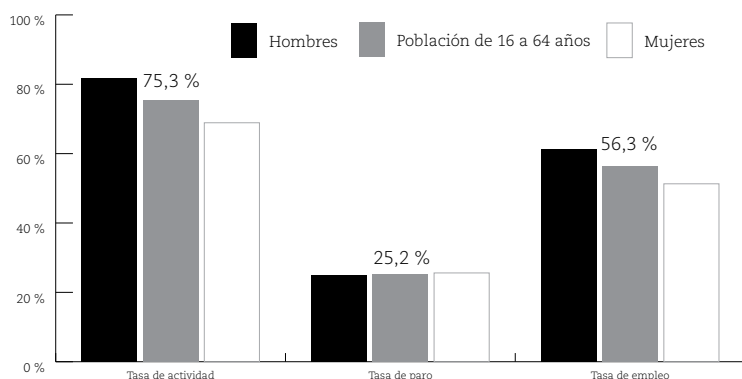
dad entre los primeros (-5,64 % frente a -3,33 %). Además de la reducción de la ocupación, también ha disminuido la duración de la jornada laboral, bajando el número de personas que trabajan a tiempo completo (5,88 % menos que el año anterior), mientras que aumentan los ocupados a tiempo parcial (3,75 % más que en el mismo trimestre de 2011).

Por sectores productivos, el mayor descenso en el número de ocupados se ha observado en la construcción (-17,07 %), seguido de la industria (-5,21 %), y los servicios (-3,56 %), mientras que el sector agrícola ha experimentado un ligero repunte respecto al mismo periodo de 2011 (1,79 %).

Según esta encuesta, el número de hogares en los que no hay ninguna persona activa es cercano a los cuatro millones y medio en 2012, siendo los hogares en los que todos sus miembros están en paro de más de un millón setecientos mil. Esta cifra ha aumentado casi un 22 % con respecto al mismo trimestre del año anterior, lo que da cuenta de la crítica situación de muchos hogares en nuestro país.

Por comunidades autónomas, Andalucía es una de las más castigadas por el paro, sólo superada por la ciudad autónoma de Ceuta. La tasa de paro de nuestra región supera en más de 10 puntos porcentuales a

Gráfico 2.5. Tasa de actividad, paro y empleo. España, segundo trimestre de 2012



Fuente: Encuesta de Población Activa <<http://www.ine.es>>.

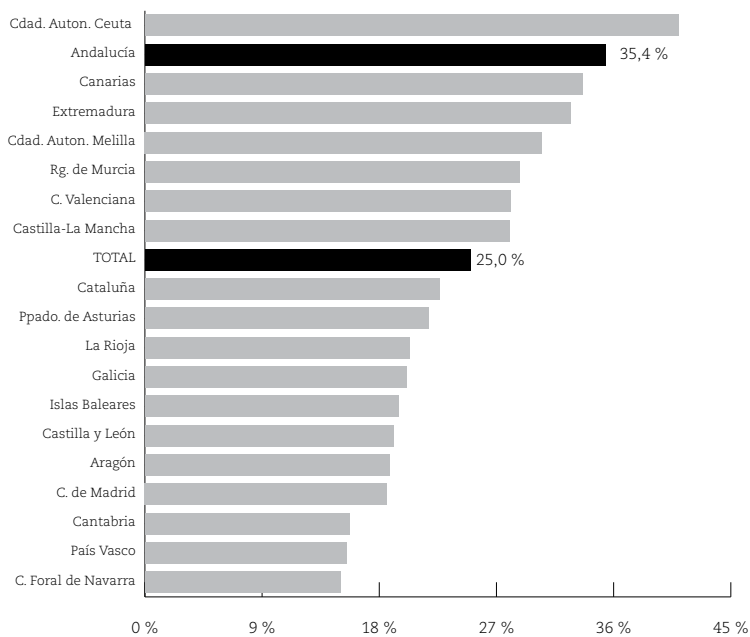
la del total del país, y se encuentra 20 puntos por encima del paro de la Comunidad Foral de Navarra, la región con indicadores más positivos. El descenso de la población ocupada en el último año, que bajó en nuestra comunidad 5,6 puntos, junto con el incremento de la población activa (que aumentó un 0,68 %), ha supuesto este nuevo aumento de la tasa de paro en un territorio ya en una situación bastante precaria en tema laboral. Se constata además, que la división Norte-Sur sigue siendo un elemento diferenciador en los indicadores de ocupación y paro en España.

Ingresos del hogar por regiones

Andalucía no es sólo la comunidad con una mayor tasa de paro, sino que también es una de las más empobrecidas, y cuenta de ello dan los datos de ingresos de los hogares por regiones que ofrece Eurostat⁴ (gráfico 2.7). Como se puede observar, la zona Sur, que corresponde a la Región de Murcia, Andalucía y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, ob-

4 Eurostat (*Statistical Office of the European Communities*) es un organismo de la Unión Europea que se dedica a la recopilación y armonización de estadísticas de los Estados miembros, así como de otros países. Se pueden consultar su banco de datos <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>>.

Gráfico 2.6. Tasa paro por CC. AA. Segundo trimestre de 2012



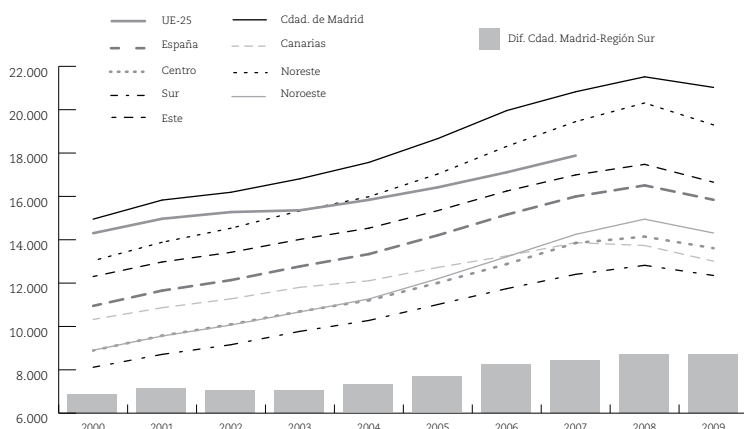
Fuente: Encuesta de Población Activa <<http://www.ine.es>>.

tienen de forma sistemática los indicadores más bajos en comparación con el resto de regiones. La Comunidad de Madrid y la zona Noreste del país son las regiones que obtienen unos índices de ingresos superiores. Se aprecia como la posición relativa de las distintas zonas geográficas respecto al nivel de ingresos de los hogares, no sólo no han cambiando en los últimos 10 años, siendo las regiones más ricas las mismas que hace una década, sino que la diferencia entre la Comunidad de Madrid y el Sur español se ha incrementado en un 21 %.

Valoración de los encuestados de la situación económica de Andalucía

En particular, cuando se les pregunta a los ciudadanos que residen en Andalucía sobre la situación económica de su comunidad, una amplia mayoría, el 78 %, considera que la realidad económica de esta región es «mala» o «muy mala». No obstante, a pesar del pesimismo observa-

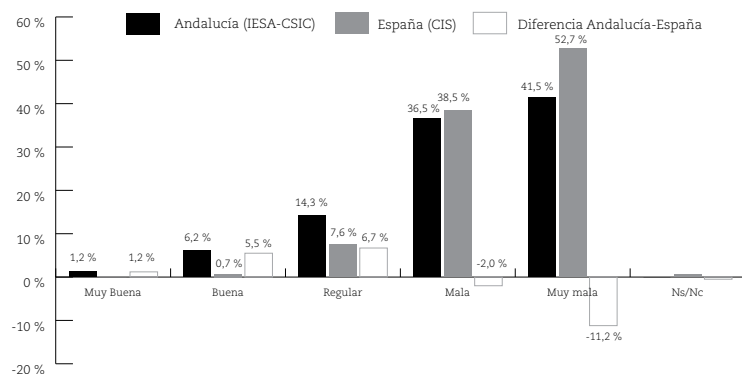
Gráfico 2.7. Ingresos de los hogares por regiones (en euros por habitantes)



Base: ingresos del hogar dividido por el número de miembros que componen la unidad familiar.

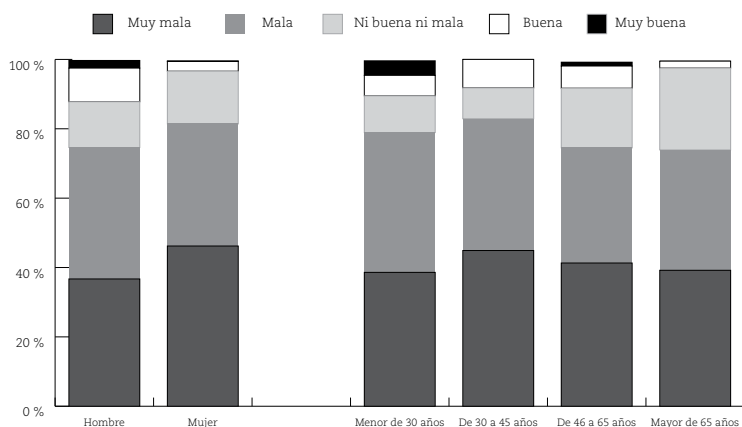
Fuente: Eurostat <<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>>.

Gráfico 2.8. Opinión de los ciudadanos sobre la situación económica de Andalucía y de España



Fuente: IESA-CSIC (E-1208) y CIS (Estudio n.º 2.960).

Gráfico 2.9. Opinión de los andaluces ante la situación económica de Andalucía según sexo y grupos de edad del entrevistado



Fuente: IESA-CSIC (E-1208)

do, la valoración de la población andaluza es considerablemente mejor que la que hacen los ciudadanos a nivel nacional, recogida en el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), realizado en octubre de 2012, en el que el 91,2 % de los entrevistados valoran como «mala» o «muy mala» la situación económica general de España.

Consideramos importante constatar cómo el citado optimismo relativo que se aprecia a nivel andaluz, no se corresponde con los indicadores económicos que se han presentado anteriormente, en los que Andalucía presenta un menor crecimiento de su PIB, una mayor tasa de paro, y unos ingresos por hogar inferiores al resto de regiones españolas (tabla 2.1 y gráficos 2.3, 2.6, y 2.7).

La opinión negativa sobre la situación económica andaluza es general, sin embargo, teniendo en cuenta algunas características sociodemográficas de los ciudadanos, se aprecian ciertos matices. Las mujeres tienen una visión más pesimista, el 81,3 % piensa que la situación económica en Andalucía es «mala» o «muy mala», 6,8 puntos más que los hombres. Teniendo en cuenta la edad, el grupo central, comprendido entre los 30 y 45 años, tienen una apreciación más desfavorable de la situación que el resto.

Los jubilados y pensionistas son los menos pesimistas a este respecto, y son los que en mayor medida indican que la situación es «ni buena ni mala». También tienen una visión algo más positiva que la general las personas que se dedican a las labores domésticas, siendo los entrevistados más pesimistas los que se encuentran en situación de desempleo o están trabajando (la población activa).

También se aprecian diferencias entre las provincias andaluzas. Así, los ciudadanos son más pesimistas en Sevilla, Granada y Córdoba, con porcentajes de valoración negativa (situación económica «mala» o «muy mala») por encima de la media general, entre los 80,9 % de Córdoba y los 86,7 % de Sevilla. En el lado opuesto se posicionan Almería, Cádiz, Jaén y Málaga, con porcentajes inferiores a la media en este indicador (del 64,6 % de Almería al 76 % de Málaga). Huelva, por último es la provincia que más se acerca a la media andaluza (79 %).

En resumen

Asistimos hoy a una situación de recesión económica que a diferencia de crisis anteriores, tiene un alcance global, habiéndose contagiado entre países. La tendencia contractiva que está experimentando España en general y Andalucía en particular desde el inicio de la crisis económica se mantiene actualmente y los expertos no parecen ponerse de acuerdo sobre su punto final. España se ve inmersa en dicha situación, mostrando las peculiaridades de su propia economía, como es la mayor incidencia en la tasa de desempleo. En nuestro entorno más cercano, los indicadores de la evolución de la economía en el corto plazo continúan mostrando en Andalucía un fuerte deterioro (alta tasa de desempleo, reducción del consumo privado, contención del gasto e inversión pública para reducir el déficit, etc.). La revisión de los datos macroeconómicos no deja duda sobre la delicada situación que atraviesa la economía en nuestra Comunidad y tiene un reflejo real en la situación de los ciudadanos. Andalucía cuenta con menos recursos por persona que la media española o que la media europea. Esta situación ha sido así históricamente, y a pesar de que la evolución de la economía andaluza es positiva, con un largo periodo de crecimiento, las diferencias con el resto de regiones españolas no han cambiado, bien al contrario, ha ido incrementándose la distancia entre ellas.

En particular, los datos de desempleo muestran una fotografía desalentadora para los aproximadamente millón y medio de andaluces que no tienen trabajo. El empleo, que tradicionalmente ha sido el tema

de principal preocupación de los andaluces (Moyano y Pérez, 2002) a lo largo del tiempo, está hoy mucho más presente por cuanto muchas familias viven en primera persona situaciones de desempleo continuado con escasa esperanza de cambio.

Todo esto se confirma con la propia percepción de los ciudadanos respecto a la actual situación económica. El pesimismo es abrumador, a pesar de lo cual es menos incisivo que el observado a nivel nacional. Andalucía resignada a sus malos datos sigue explicando esta *paradoja de la satisfacción* que ya apuntaban Navarro Yáñez y Pérez Yruela en el año 2000. Andalucía ha experimentado un claro avance a lo largo de las últimas décadas, lo que explicaría la visión positiva sobre la evolución de su situación económica, pese a lo cual sus indicadores siguen mostrando una España desigual, con regiones más y menos desarrolladas, y poca evolución en su convergencia.

2.2. Gasto público y su distribución

Uno de los aspectos fundamentales dentro del contexto económico de un país es el gasto e inversión pública. Los ingresos del Estado, principalmente recaudados a través de impuestos, son redistribuidos para dar respuesta a necesidades de carácter colectivo de la población con el fin de proveer servicios que, de manera equitativa, contribuyan al desarrollo del país. El gasto público además, ha sido históricamente un elemento de crecimiento económico de los países desarrollados (Secretaría General de Economía, 2012), siendo el sector público uno de los principales inversores en infraestructuras y provisor de servicios públicos esenciales, que además es motor de productividad y crecimiento económico. Al mismo tiempo, los Estados con un objetivo redistributivo trasvasan fondos de las clases sociales más altas de su economía a las más bajas, aumentando el poder adquisitivo de la población con menos recursos e incentivando el consumo.

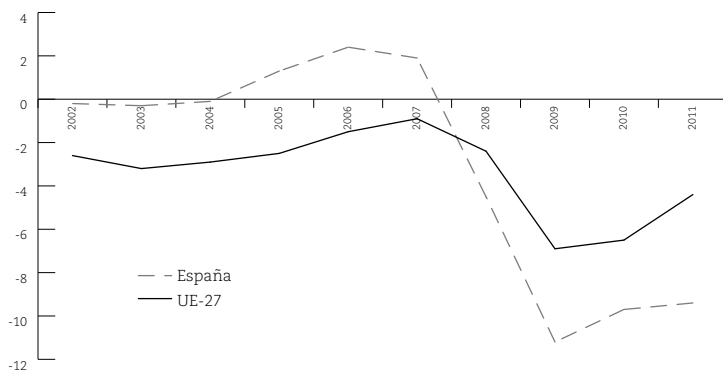
Como se ha expuesto en el epígrafe anterior, una de las consecuencias más adversas de la actual crisis económica ha sido el deterioro de las finanzas públicas. Se ha producido en España un importante descenso de los ingresos públicos, principalmente por la disminución de la recaudación de impuestos directos (en parte debido a la alta tasa de paro), y a dejar de recaudar impuestos asociados al sector inmobiliario, que dieron en el pasado un porcentaje de ingresos públicos nada desdeñable, así como al descenso del consumo de una población más empobrecida y/o «precavida» ante el desconcertante panorama económico.

Ante esta situación, uno de los principales objetivos del Gobierno español ha sido alcanzar la estabilidad en las finanzas públicas para tratar de tranquilizar a los mercados financieros y de facilitar la compra de deuda con intereses asumibles. Para ello las medidas implementadas tienen que ver fundamentalmente con el incremento de los ingresos y la contención del gasto, lo que se viene llamando «políticas de austeridad», cuyo principal objetivo es, al menos según la visión oficial, recuperar el crecimiento de la economía.

Déficit público

El déficit de la Administración Pública española, calculado como porcentaje del PIB, en comparación con el déficit de la UE-27 ha aumentado en los últimos años (gráfico 2.10). Si esta diferencia fue en los primeros años del siglo XXI positiva para nuestro país, con menor déficit del observado para el conjunto de los países de la Unión, este saldo ha cambiado de signo a partir de 2008, mostrando España un nivel de deuda superior al del conjunto de la UE, aumentando esta diferencia cada año. En nuestro entorno destaca Irlanda con un déficit del -13,4 % de su PIB, Grecia con un -9,4 %, y Reino Unido, con -7,8 %. En el polo opuesto sobresale Noruega que en el año 2011 presentó un superávit del 13,6 %.

Gráfico 2.10. Déficit/superávit público de España y la UE-27



Fuente: Eurostat <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=gov_dd_edpt1&lang=en>.

Según datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, el déficit conjunto de las Administraciones Públicas (AAPP) se cifró en 2011 en 91.344 millones de euros, lo que equivale al 8,5 % del PIB. Más de un 60 % de este déficit corresponde a la Administración Central del Estado (que supone el 5,1 % del PIB), acumulando las CC. AA. el 2,9 % de esta deuda pública. En los objetivos de reducción de déficit que presentó el Gobierno para 2012 el mayor esfuerzo se fijó para las administraciones autonómicas, a pesar de que son estas las principales gestoras y prestadoras de servicios públicos esenciales, tales como la sanidad, la educación, o la dependencia.

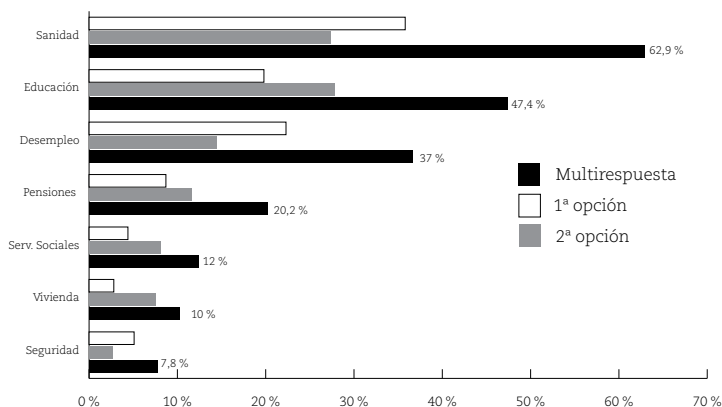
En este sentido, en los Presupuestos Generales del Estado para el año 2012, las partidas presupuestarias de los Ministerios de Educación y de Sanidad fueron fuertemente recortadas, con un -21,2 y -13,7 % respectivamente, por encima de la media de recorte de los distintos ministerios, y de la disminución presupuestaria en departamentos como el de Defensa, Justicia, Interior o Presidencia (-8,8; -6,6; y -3,8 % respectivamente).

Prioridades de gasto para los ciudadanos andaluces

Se observó en el apartado anterior el estado de pesimismo en el que vive la ciudadanía en relación con la actual situación económica. En un contexto de crisis y de contención del gasto público la población es más sensible si cabe a las decisiones políticas sobre la distribución de los presupuestos para satisfacer las necesidades sociales de la población. A este respecto se les ha planteado a los ciudadanos que indiquen cuáles deben ser, a su juicio, las prioridades en la inversión pública. La respuesta ha sido contundente: el 35,5 % mencionan la sanidad como el primer ámbito en el que se debe priorizar el gasto público. En esta primera posición, los ciudadanos ubican asimismo el desempleo (mencionado en primer lugar por el 22,3 % de los encuestados), y la educación (indicada por el 19,8 %). En un segundo lugar, como elemento fundamental para priorizar el gasto público, la mayoría, el 27,8 % indican que este debe ser la educación, seguida por la sanidad (27,3 %). Así, ya sea en primer o en segundo lugar, el ámbito sanitario es prioritario para los andaluces, y dónde creen que los gobiernos deben destinar mayor inversión pública.

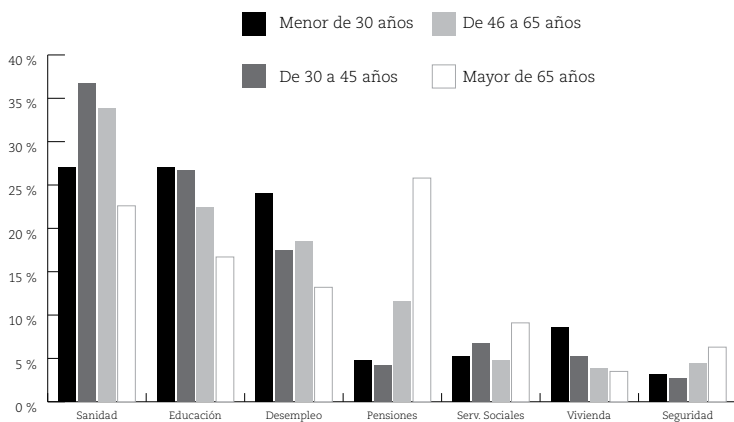
En el gráfico 2.11 se presentan los porcentajes obtenidos en la consulta a los ciudadanos sobre el primer y segundo ámbito donde es más

Gráfico 2.11. Ámbitos donde se debe priorizar el gasto público según la opinión de los ciudadanos en Andalucía



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Gráfico 2.12. Ámbitos donde se debe priorizar el gasto público según grupos de edad de los entrevistados (multirespuesta)



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

importante destinar inversión pública, así como la respuesta conjunta (contabilizando las respuestas efectivas de las personas que han contestado en ambas preguntas sin tener en cuenta el orden de importancia en la priorización del gasto). De esta forma se observa que el 62,9 % de los encuestados ha seleccionado la sanidad, ya sea como primera o segunda opción. Educación ha obtenido el 47,4 % de las respuestas.

Los intereses particulares de la población en cuanto a la priorización del gasto público están fuertemente condicionados por la edad. De esta forma se observa que la población mayor considera más importante destinar inversión pública a las pensiones (26,8 %); los más jóvenes priorizan el gasto público en desempleo (33,1 %); y los grupos de edad intermedios, de 30 a 65 años, priman la sanidad (entre 43,4 % y 39,7 %). Destacar además que los jóvenes, en términos relativos (restando el valor que todos los grupos le dan a la sanidad), le otorgan más importancia a la educación y a la vivienda en relación con el resto de grupos; y los mayores (además de a las pensiones) a la seguridad y servicios sociales.

En resumen

Los gobiernos autonómicos, estatales y supranacionales o internacionales han tomado medidas de diversa naturaleza para tratar de poner freno a la crisis económica, intentando de forma prioritaria restablecer la confianza en los mercados financieros y tranquilizar a los compradores de deuda. Esto se ha traducido en una serie de medidas de ajuste presupuestario, que han afectado a casi todos los ámbitos de inversión y gasto público. Pero los ciudadanos no siempre están aceptando estas políticas ni las prioridades de los gobernantes, que en ocasiones, las más de las veces, no coinciden ni con sus urgencias, ni con la forma más adecuada de abordar la crisis, según ellos. Sanidad y educación, los dos grandes pilares del Estado de bienestar, y que han sido para muchos ciudadanos una gran conquista del periodo democrático en nuestro país, siguen siendo prioritarios para los ciudadanos en Andalucía. Son por tanto ámbitos con una gran «sensibilidad social», que hace que las políticas llevadas a cabo en ellos tengan un importante impacto social y mediático, como se verá más adelante. Pero es precisamente en estos dos ámbitos donde, según se ha señalado, se ha producido un ajuste más severo en los presupuestos gubernamentales. De nuevo, datos macroeconómicos y opinión ciudadana van en sentidos divergentes.

2.3. Gasto sanitario público

La asistencia sanitaria pública es considerada uno de los principales instrumentos de redistribución de la renta en los países en los que el sistema es universal y gratuito (Instituto de Información Sanitaria, 2011), ya que cada persona aporta impuestos en función de su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud. Es, como se ha visto en el apartado anterior, un elemento prioritario del Estado de bienestar para los andaluces, que consideran que es donde más inversión pública se debe destinar. De hecho, es uno de los ámbitos en los que más porcentaje del presupuesto de las distintas administraciones es invertido (tabla 2.2).

Tabla 2.2. **Gasto público por ámbitos, en España y la UE-27, como porcentaje del Producto Interior Bruto**

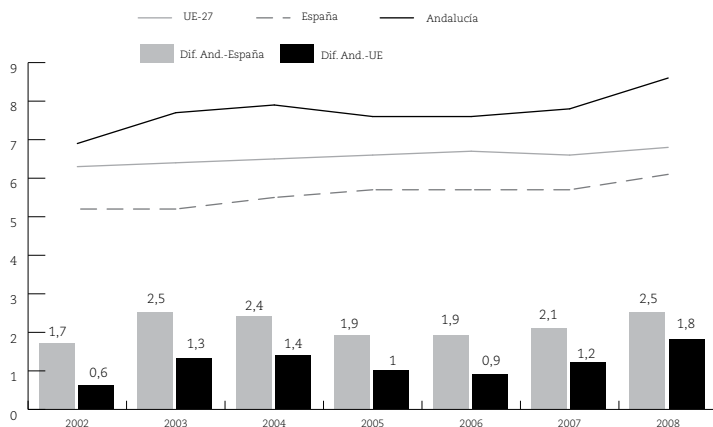
	2005		2006		2007		2008		2009	
	España	UE	España	UE	España	UE	España	UE	España	UE
Serv. Adm. generales	4,7	6,5	4,6	6,3	4,5	6,3	4,7	6,4	5,2	6,7
Orden público	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	1,8	2	1,8	2,1	1,9
Defensa	1,1	1,6	1	1,5	1	1,5	1	1,5	1	1,6
Medioambiente	0,9	0,7	0,9	0,7	0,9	0,7	0,9	0,7	1	0,8
Sanidad	5,7	6,6	5,7	6,7	5,7	6,6	6,1	6,8	6,7	7,4
Cultura	1,4	1,1	1,5	1,1	1,6	1,1	1,7	1,2	1,8	1,2
Educación	4,3	5,3	4,3	5,2	4,4	5,1	4,7	5,2	5	5,6
Protección social	12,9	18,3	12,9	18	13	17,6	14	18,1	16,1	20
Gasto público total	38,4	46,9	38,4	46,3	39,2	45,6	41,3	47	45,8	50,9

Fuente: Eurostat, proporcionado por el Observatorio Social de España <http://www.observatoriosocial.org/ose/datos-economicos/cuentas_economicas/>.

Andalucía en particular destina a sanidad un porcentaje de gasto público en relación a su PIB superior al que destina España y la Unión Europea. Mientras en conjunto los europeos destinan en torno al 6-7 % de su riqueza a gasto sanitario público, en España este porcentaje baja hasta valores del 5-6 % y, en concreto en la comunidad andaluza se sitúa aproximadamente dos puntos por encima del gasto en España y un punto o punto y medio por encima del gasto en la UE.

No obstante, para analizar el gasto sanitario que existe en nuestro país, es interesante en primer lugar aclarar dos términos que en ocasiones se confunden y se tratan como sinónimos: «gasto sanitario» y «gasto

Gráfico 2.13. Gasto público en sanidad como porcentaje del PIB en la UE-27, España y Andalucía



Fuente: datos de España y la UE-27 de Eurostat y datos de Andalucía del Observatorio Social de España.

sanitario público». Así, el gasto sanitario total es lo que un país se gasta en sanidad, ya sea de forma pública o privada, es decir, financiado a través de impuestos y gestionado por las administraciones públicas, y/o financiado a través del bolsillo de los usuarios de servicios o productos de salud, en el momento de utilizarlos o comprarlos. Cuando se utilizan datos sobre gasto, y se comparan con los de otros países, es sustancial conocer estas diferencias y saber, por ejemplo, que el dato del gasto sanitario por países basado en el porcentaje que dedican a esta partida de su Producto Interior Bruto, incluye tanto el gasto público como el privado.

Según datos de la OCDE, en el año 2010 España dedicó un 9,6 % de su PIB a gasto sanitario, significativamente por debajo de países como Estados Unidos, Países Bajos, Alemania o Francia entre otros, con un 17,6, 12,0, 11,6 y 11,6 respectivamente. El gasto al que nos estamos refiriendo es gasto sanitario total e incluye, como se ha mencionado, tanto el gasto público como el privado.

Tabla 2.3. Gasto sanitario total como porcentaje del PIB en países de la OCDE

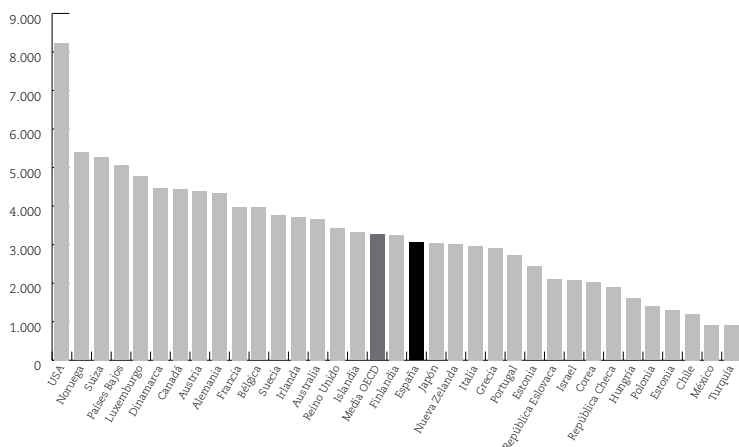
	2010		2010
Turquía*	6,1	Noruega	9,4
México	6,2	Japón*	9,5
Estonia	6,3	España	9,6
Polonia	7,0	Suecia	9,6
Corea	7,1	Reino Unido	9,6
República Checa	7,5	Nueva Zelanda	10,1
Israel*	7,5	Grecia	10,2
Hungría	7,8	Bélgica	10,5
Luxemburgo*	7,9	Portugal	10,7
Chile	8,0	Austria	11,0
Finlandia	8,9	Dinamarca	11,1
República Eslovaca	9,0	Canadá	11,4
Eslovenia	9,0	Suiza	11,4
Australia*	9,1	Francia	11,6
Irlanda	9,2	Alemania	11,6
Islandia	9,3	Países Bajos	12,0
Italia	9,3	USA	17,6

*: dato de 2009, al no estar disponible el dato de 2010.

Fuente: OECD Health Data 2012 <<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>>.

Si se rescatan los datos de gasto sanitario total, pero teniendo en cuenta el número de habitantes de cada país, es decir, dividido entre la población, España de nuevo muestra un nivel de gasto sensiblemente inferior a países de nuestro entorno, e inferior a la media de los países de la OCDE. En este sentido, España invierte menos en la salud de sus ciudadanos (gasto por cada habitante), que la mayor parte de los países europeos de su entorno. Además los datos ponen de manifiesto un hecho aparentemente paradójico como es que uno de los sistemas sanitarios más desiguales y menos equitativos del mundo occidental, como es el estadounidense, sea el que más dinero dedica a sanidad por número de habitantes, a una gran distancia de nuestro país.

Gráfico 2.14. Gasto sanitario total per cápita en los países de la OCDE en el año 2010 o último dato disponible

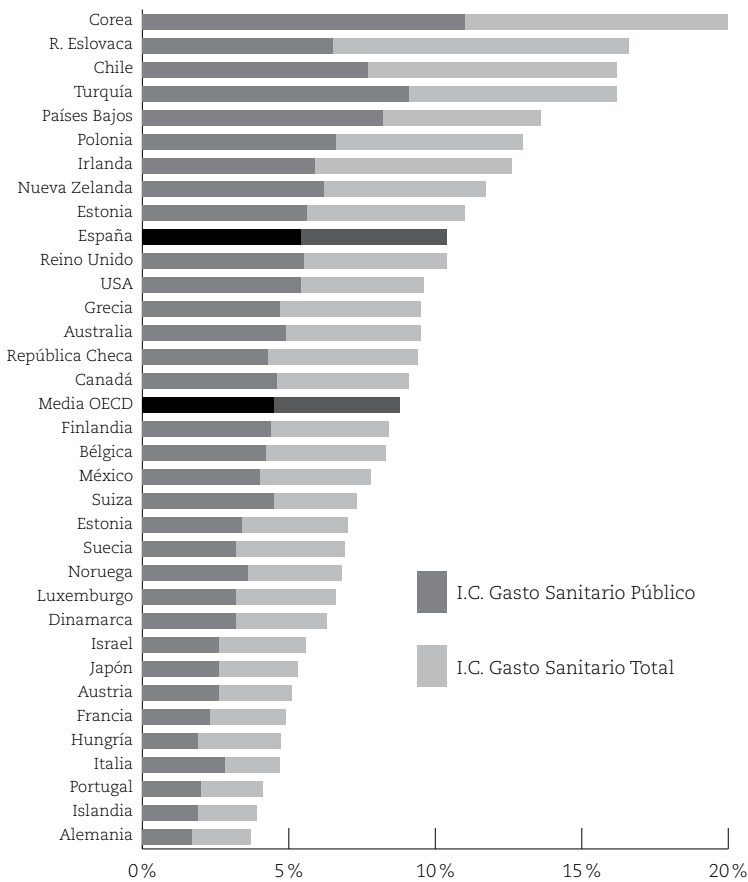


Fuente: OECD Health Data 2012 <<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>>.

De este gasto sanitario total, en España, casi el 26 % era gasto privado. Así, a pesar de la imagen que se tiene popularmente en nuestro país de que la sanidad es fundamentalmente pública, un porcentaje no desdeñable del gasto en sanidad se realiza de forma privada. No obstante, este porcentaje es inferior al que se observa para el conjunto de los países que forman la OCDE (27,82 %), o de países como Estados Unidos o México que superan el 50 %. El norte de Europa es donde el gasto privado es más bajo, con porcentajes inferiores al 15 %.

La evolución en España ha sido de un incremento en el porcentaje de gasto sanitario público respecto al privado, desde los años 60 y 70 que culmina a principios de los 80 del pasado siglo. A partir de mediados de los años 80 comienza un descenso del porcentaje de gasto público respecto al privado, que culmina en el año 1996. A partir de ese momento se observa cierta estabilidad, con ligeros aumentos y descensos en torno al +/-1 %. En los últimos años el gasto en sanidad ha crecido a mayor ritmo que el PIB en los países de la Unión Europea en general y en España en particular, por lo que cada vez se destina un porcentaje mayor del PIB a este cometido.

Gráfico 2.15. Índice de crecimiento del gasto sanitario total y público entre los años 2000 y 2009 por países



Fuente: OECD Health Data 2012 <<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>>.

Algunos autores ven en el envejecimiento de la población, la extensión de enfermedades crónicas, y la introducción de nueva y costosa tecnología sanitaria, los principales motivos de este incremento del gasto (Mas *et al.*, 2011). Pero es necesario, al hablar de incremento del gasto sanitario tener en cuenta el porcentaje de población que es atendida en cada momento. Así, en la tabla 2.4. se presentan los datos sobre el gasto sanitario público teniendo en cuenta la población a la que cubre cada país,

y el incremento que este gasto ha tenido en los últimos diez años, del 2000 al 2010. Así, como se puede observar, España ha experimentado un incremento en el gasto sanitario per cápita en la última década de algo más de un 50 %. Si empezábamos la década con unos 1.100 dólares por persona, en 2010 esta cifra ha alcanzado los 2.200. No obstante, nuestro país sigue por debajo de lo que se gasta a nivel medio (3.200 dólares). En el top de naciones que más gastan en sanidad se encuentran Noruega, Países Bajos y Luxemburgo, con más de 4.000 dólares por persona y con incrementos en la última década del 45, 63 y 30 %, respectivamente. En el otro extremo de la tabla encontramos a países como Chile o México que no llegan a los 600 dólares de gasto sanitario por persona, pero que han experimentado incrementos del 44 y 45 %.

Tabla 2.4. **Gasto sanitario público per cápita en países de la OCDE**

	2010*	Incremento 2010-2000
Noruega	4.607,4	2.097,1
Países Bajos	4.049,9	2.573,7
Luxemburgo	4.021,3	1.240,0
USA	3.966,7	1.906,5
Dinamarca	3.800,1	1.697,5
Suiza	3.436,6	1.650,8
Austria	3.348,9	1.157,0
Alemania	3.331,0	1.201,0
Canadá	3.158,2	1.386,1
Francia	3.060,9	1.040,7
Suecia	3.045,5	1.104,3
Bélgica	2.999,8	1.324,4
Reino Unido	2.857,3	1.411,4
Islandia	2.661,6	440,3
Irlanda	2.584,7	1.261,8
Nueva Zelanda	2.515,1	1.261,5
Australia	2.514,6	1.000,0
Japón	2.443,3	848,4
Finlandia	2.422,3	1.101,5
Media OCDE	3.201,3	
Italia	2.358,9	862,0
España	2.266,8	1.165,4
Portugal	1.794,8	693,3
Eslovenia	1.768,4	694,5

	2010*	Incremento 2010-2000
Grecia	1.730,7	859,9
República Checa	1.577,7	691,0
República Eslovaca	1.351,1	810,0
Israel	1.254,0	149,3
Corea	1.185,3	810,5
Hungría	1.036,7	433,4
Estonia	1.020,2	616,8
Polonia	995,4	588,8
Turquía	666,6	394,2
Chile	579,3	258,6
México	433,3	196,5

*: datos del año 2010 y en su defecto, el último año disponible.

Base: unidad de medida el dólar de EEUU, estandarizados en paridad de poder adquisitivo de compra.

Fuente: OECD Health Data 2012 <<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>>.

Gasto sanitario público por CC. AA.

La asistencia sanitaria se financia a través de los impuestos pagados por todos los contribuyentes en territorio español, pero son las comunidades autónomas las encargadas de su gestión y provisión, en función de las competencias delegadas en esta materia. Así, por ejemplo, para el año 2009 la previsión presupuestaria del conjunto de las CC. AA. para la prestación sanitaria era de casi 59.000 millones de euros, o lo que es lo mismo, unos 1.320 euros por persona protegida (Instituto de Información Sanitaria, 2011). A este presupuesto habría que añadir el presupuesto de la Administración Central (en torno a los 4.600 millones de euros), de la Seguridad Social (de más de 1.800 millones), de las mutualidades administrativas (de unos 2.000 millones), y de las entidades locales (en torno a los 1.000 millones de euros). Así, las CC. AA. representaban en el año citado el 85,95 % del gasto en sanidad, repartiéndose el 14 % restante los demás agentes administrativos. En concreto, en el caso de Andalucía, el presupuesto para sanidad en 2009 mostraba un nivel inferior a la medida de las CC. AA. españolas. En primer lugar, con un presupuesto mayor está el País Vasco y Extremadura, y entre las comunidades con menor presupuesto estaban la Comunidad Valenciana y Baleares.

Según informaba el diario *El País* en 2012 (Sahuquillo, 2013), el gasto en salud ha caído un 10,6 % en tres años, lo que ha supuesto una disminución de 6.700 millones de euros en el presupuesto de sanidad desde 2010. Esta disminución no ha sido igual para todas las CC. AA. Así, las que han experimentado una mayor caída, en porcentaje, han sido las regiones de Extremadura, que ha descendido su presupuesto sanitario en un 22,8 % en los tres últimos años, y Murcia, con una bajada del 21,1 %. En el lado opuesto, las que menos han disminuido la partida en sanidad han sido Cantabria y Baleares con una bajada de algo más del 2 % cada una, y Madrid, que no ha disminuido el presupuesto en sanidad sino que ha aumentado un 1,4 %. Por su lado, Andalucía, que hasta 2013 no había realizado recortes en esta partida, en 2013 recorta en sanidad un 13,9 %.

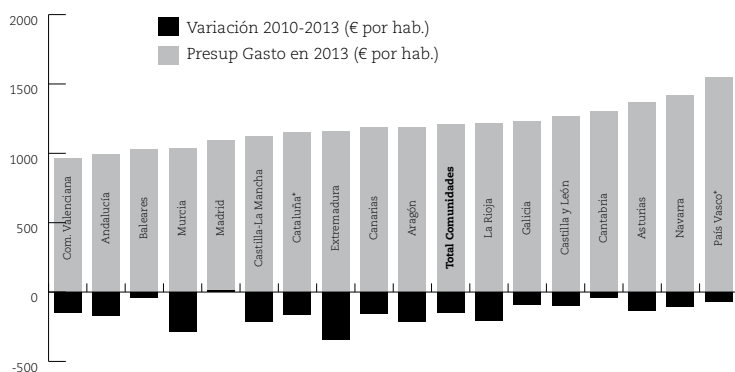
Curiosamente, como se puede observar en el gráfico 2.16, son las CC. AA. que más dedican a sanidad por habitante, las que menos han recortado este presupuesto, como por ejemplo País Vasco, Navarra, Asturias y Cantabria. Andalucía ha bajado la cantidad que dedica a sanidad por habitante en 171 euros, quedando actualmente en menos de 1.000 euros por habitante, una de los indicadores más bajos.

Deuda sanitaria

Junto con el aumento del gasto sanitario experimentado en nuestro país también ha aumentado la deuda en esta partida presupuestaria. Sin embargo no es fácil encontrar datos publicados sobre este particular, a pesar de que llena las páginas de muchos periódicos de forma habitual. Así, la deuda sanitaria en el año 2011 estaría entre los 15.000 (Ana Pastor, 2011) y los 22.000 millones de euros (*Cinco Días*), lo que equivaldría a un porcentaje de la deuda total de entre el 16 y el 24 %. Parte de esta deuda se debería a facturas aún no pagadas del sector público al sector privado y concertado sanitario, farmacéutico y de las industrias tecnológicas. Según Juan Abarca, secretario general del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), esta deuda con el sector privado ascendería a más de 2.171 millones de euros.

No obstante, ¿cómo se mide el déficit sanitario? Según Arxiu DÉti-quetes (2009) el déficit sanitario debería medirse como la diferencia entre el gasto (es decir lo que gastamos en sanidad), y el gasto ajustado al nivel del PIB (es decir, lo que deberíamos gastar). Según datos de

Gráfico 2.16. Presupuesto para sanidad per cápita en euros, por CC. AA. (2013)



Fuente: El País (2013) con datos de las CC. AA. enviados al Ministerio de Hacienda.

Eurostat, en el año 2007 España tenía un PIB de 23.500 dólares por habitante, mientras que el promedio de la UE-15 era de 29.200, lo cual quiere decir que España tenía un 80,5 % de PIB de la media europea. De esta forma, según DÉtiques, España puede tener un gasto sanitario público del 80,5 % de la media europea. Si se observa el gasto público sanitario por habitante, este se encuentra en el 70 % de la medida europea, por lo tanto el déficit sanitario sería el valor de restar 70-80,5, lo que da como resultado -10,5 %. En resumen, según este autor, falta un 10,5 % de inversión para alcanzar el nivel que correspondería a un Estado con un PIB como el de España.

En resumen

La financiación del sistema sanitario en un contexto de contención del gasto general unido a la ambición de mantener la calidad de los servicios sanitarios con eficiencia es el reto que se plantea el sistema. Ante un objetivo de reducción del déficit público, y siendo el gasto sanitario una de las partidas presupuestarias que más recursos públicos necesita, los recortes en esta materia son el punto de mira de políticos, medios de comunicación, asociaciones y organizaciones profesionales, colectivos, y ciudadanos en general.

Según algunos expertos, y según los datos macroeconómicos consultados existe margen para dedicar más dinero al sistema sanitario en nuestro país. Estamos por debajo de la media europea y de los países de la OCDE en gasto sanitario, tanto público como privado. Según otros investigadores no solo no existe margen para aumentar el dinero dedicado a sanidad, sino que sería necesario disminuir los recursos, ser más eficiente en la utilización de los mismos e introducir copagos. Estos últimos no reducirían los indicadores de gasto sanitario de nuestro país, pero lo transferirían de gasto público, es decir, pagado por todos los ciudadanos, a gasto privado, pagado por aquellas personas que utilizan la sanidad.

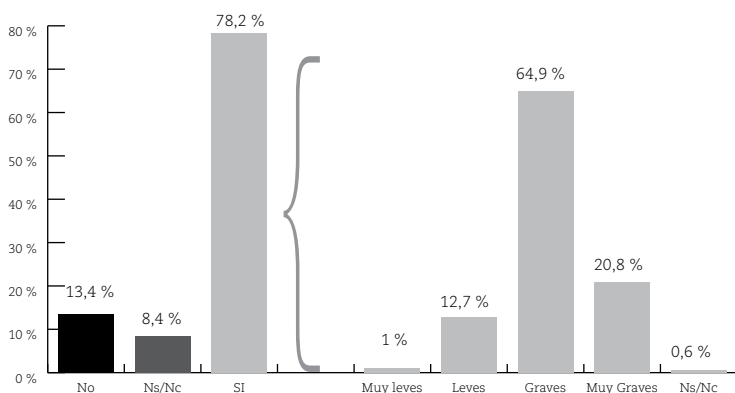
2.4. Situación económica del sistema sanitario público

En los medios de comunicación aparece de forma insistente la referencia a la «insostenibilidad» del sistema sanitario tal y como lo conocemos actualmente, basando esta apreciación en los datos sobre déficit del sistema sanitario en su conjunto y en las distintas administraciones autonómicas. Ilustra esta idea las declaraciones realizadas por la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, en el diario *El Mundo* el 26 de febrero de 2012:

«Tenemos la mejor sanidad del mundo y hay que preservarla. Es verdad que hoy por hoy, con la herencia recibida, la sanidad no es sostenible si no la hacemos eficiente y utilizamos bien los recursos. Me he reunido con todas las CC. AA., que son conscientes de que hay un problema de sostenibilidad de la sanidad y de que tenemos que mejorar la calidad de la misma.»

No obstante, no todos los expertos consultados en el tema están de acuerdo en este diagnóstico, en que el sistema sanitario público sea algo insostenible tal y como está. Aquellos que ponen el acento en el gasto sanitario como porcentaje del PIB consideran que esta apreciación de insostenibilidad está claramente injustificada, mientras que aquellos que ponen el acento en los datos de déficit sanitario creen que el sistema es claramente insostenible. No es por tanto un debate claro, puesto que se mezcla normalmente ideología y conceptos macroeconómicos que se utilizan para justificar una argumentación u otra.

Gráfico 2.17. Problemas económicos del sistema sanitario público de Andalucía y gravedad, según los entrevistados



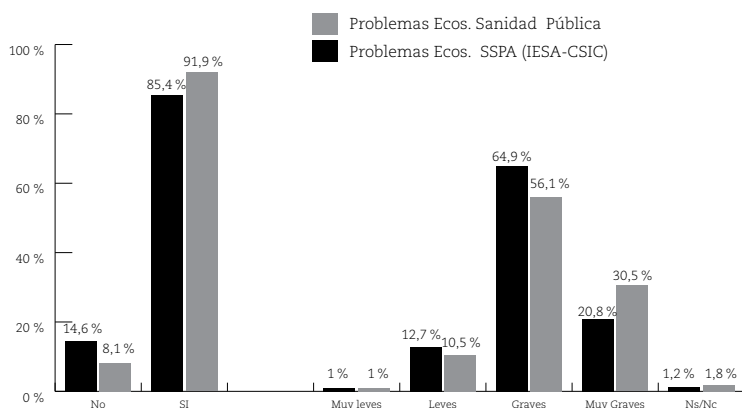
Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Problemas económicos del SSPA según la percepción de los ciudadanos

Con objeto de conocer cuál de estos diagnósticos tiene mayor influencia en la opinión pública, se ha preguntado a los andaluces sobre su percepción de la situación económica del sistema sanitario en nuestra comunidad. En general, ocho de cada diez ciudadanos cree que el sistema sanitario público de Andalucía (SSPA) tiene problemas económicos para poder seguir prestando los mismos servicios que hasta ahora. De ellos, la mayoría, el 85,7 %, piensa que estos problemas son graves (64,9 %), o muy graves (20,8 %).

En otro estudio, en este caso a nivel nacional, realizado por la consultora Análisis e Investigación en 2011, los entrevistados creen en mayor medida, casi un 92 % que el sistema sanitario tiene problemas económicos, frente al 85 % que así lo considera a nivel andaluz (si no tenemos en cuenta las personas que no saben o no contestan esta pregunta). No obstante, los residentes en Andalucía que piensan que el SSPA tiene problemas económicos son más negativos, los consideran más graves, que la estimación a nivel nacional.

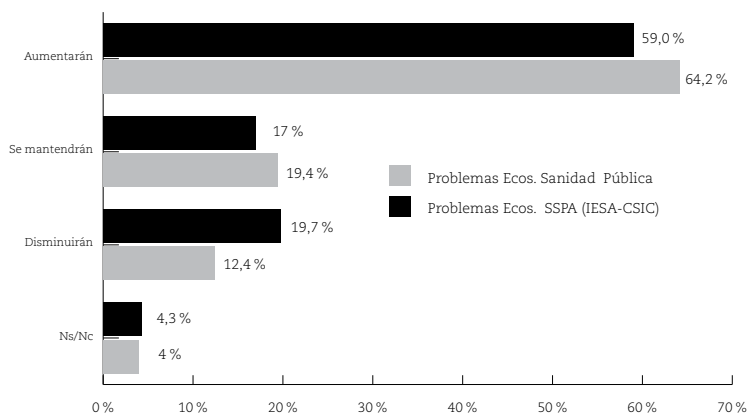
Gráfico 2.18. Problemas económicos de la Sanidad Pública y gravedad, según la opinión de los entrevistados (Andalucía y España)



Base: no se han tenido en cuenta las personas que responden Ns/Nc en la pregunta p4: problemas económicos del SSPA.

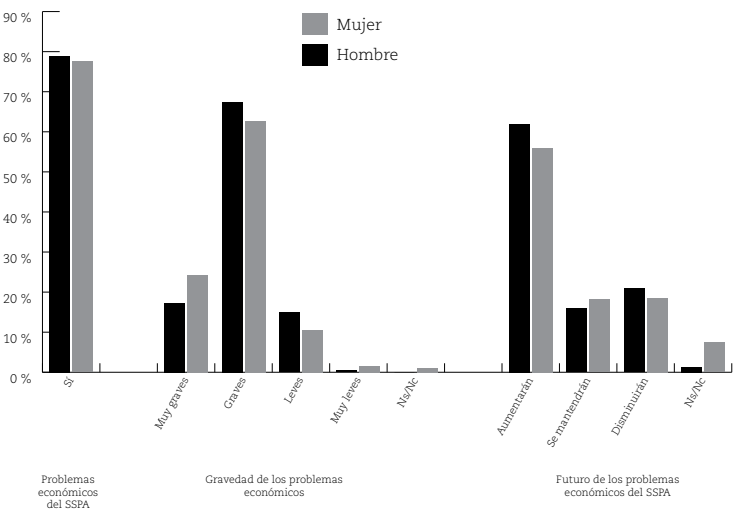
Fuente: IESA-CSIC (E-1208) y Consultora Análisis e Investigación: Observatorio Sanitario 2011 (Rev1).

Gráfico 2.19. Evolución de los problemas económicos del SSPA, según la opinión de los entrevistados



Fuente: IESA-CSIC (E-1208) y Observatorio Sanitario 2011 (Rev1).

Gráfico 2.20. Problemas económicos del SSPA, gravedad y perspectiva de futuro según sexo de los entrevistados



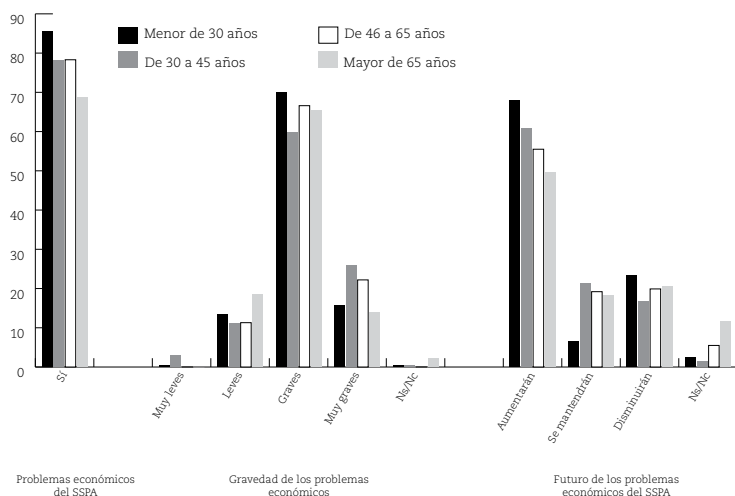
Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Las perspectivas de futuro tampoco son muy optimistas. Entre la población que piensa que el SSPA tiene problemas económicos, más de la mitad, el 59 %, cree que estos tenderán a aumentar. Aún así, casi 2 de cada 10 entrevistados piensan que estas dificultades financieras disminuirán. A pesar de esta visión negativa, todavía es peor la que presentan los datos del estudio del Observatorio Sanitario a nivel estatal.

Hombres y mujeres piensan de forma muy similar que el SSPA tiene problemas económicos para seguir prestando los mismos servicios que hasta ahora, aunque las mujeres consideran que estas dificultades son de mayor gravedad que la opinión a este respecto de los hombres. No obstante, la visión de futuro es menos negativa en ellas, ya que un 56 % considera que estos problemas aumentarán, frente al casi 62 % que piensan así entre ellos.

La edad también es una variable significativa en el estudio de la opinión de la población acerca de los problemas económicos del SSPA. En general, los mayores son los menos críticos con la situación actual en relación

Gráfico 2.21. Problemas económicos del SSPA, gravedad y perspectiva de futuro según edad de los entrevistados

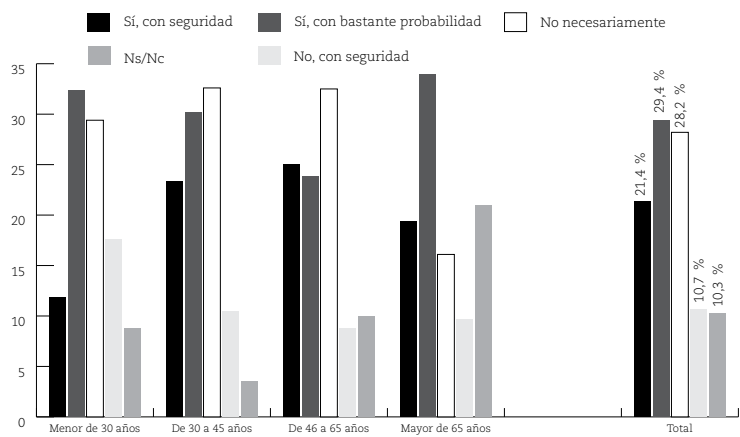


Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

con el resto, pero también son los que menos se posicionan, es decir, los que en mayor medida indican que «no saben» o «no contestan» en las tres variables analizadas. Los jóvenes son los que mayoritariamente piensan que el SSPA tiene problemas económicos para la prestación de servicios. El futuro es también más desesperanzador para los jóvenes que además perciben los problemas como de mayor gravedad, junto con las personas de los grupos de edad intermedios (30 a 65 años).

A aquellas personas que contestaron que el SSPA no tiene problemas económicos, se les preguntó si creían que podría tenerlos en un futuro. Algo más de la mitad de los que ahora mismo creen que el sistema sanitario público no tiene dificultades cree que las tendrá posteriormente, o con seguridad (21,4 %), o con bastante probabilidad (29,4 %). El grupo de edad de entre 30 y 45 años, que es el que considera en mayor medida que la sanidad es el ámbito prioritario para destinar inversión pública, es el más pesimista en este sentido (el 53,5 % cree que tendrá problemas). En el lado opuesto se sitúan los más jóvenes que concentran la mayor proporción de ciudadanos que considera que no habrá problemas de sostenibilidad para la Sanidad Pública Andaluza en el futuro (44,1 %).

Gráfico 2.22. Problemas de sostenibilidad económica de la Sanidad Pública Andaluza en el futuro según edad de los entrevistados



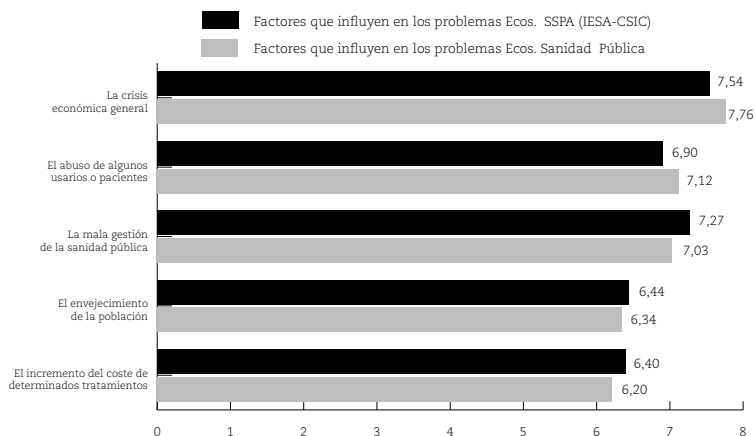
Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Los resultados de las preguntas que se han analizado se resumen en el siguiente cuadro:

SSPA Problemas económicos					
Sí: 78,21 %				No: 13,35 % + Ns/Nc: 8,44 %	
Muy leves	0,80 %	Aumentarán	46,14 %	Sí, con seguridad	4,57 %
Leves	9,93 %	Se mantendrán	13,29 %	Sí, con bastante probabilidad	6,42 %
Graves	50,76 %	Disminuirán	15,39 %	No necesariamente	6,15 %
Muy graves	16,25 %	Ns/Nc	3,40 %	No, con seguridad	2,36 %
Ns/Nc	0,45 %			Ns/Nc	2,29 %

A los ciudadanos que creen que el SSPA tiene problemas económicos para poder seguir prestando los mismos servicios que hasta ahora y a aquellos que consideran que con seguridad o con bastante probabilidad en el futuro la Sanidad Pública Andaluza tendrá problemas de sostenibilidad económica, se les pide que valoren una serie de posibles causas de estas dificultades económicas sobre una escala de 0 a 10 donde 0 significa que ese elemento no tiene ninguna influencia en los problemas económicos del sistema sanitario público y 10 que ese elemento tiene una influencia determinante (máxima influencia) en las dificultades económicas por las que atraviesa la sanidad pública.

Gráfico 2.23. Causas de las dificultades económicas del SSPA según la opinión de los ciudadanos

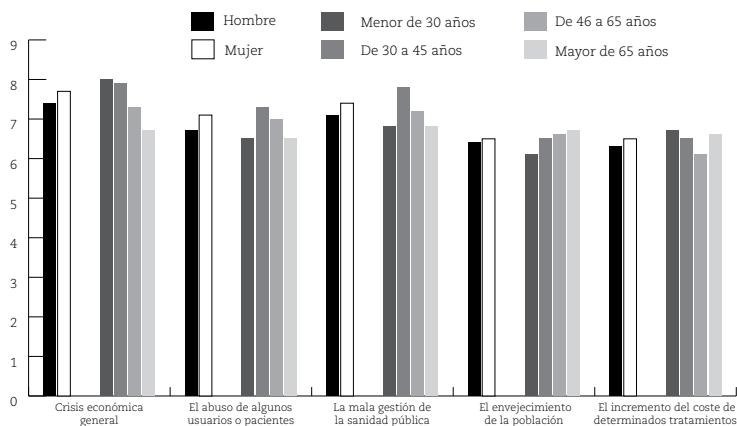


Fuente: IESA-CSIC (E-1208) y Observatorio Sanitario 2011 (Rev1).

En el gráfico 2.23 se pueden observar los resultados generales. Las dos principales causas que han identificado los ciudadanos han sido la crisis económica general y la mala gestión de la sanidad pública con una media de 7,5 y 7,3 puntos respectivamente. Las causas que consideran con menor influencia para explicar las dificultades económicas del sistema son el incremento de los costes de determinados tratamientos y el envejecimiento de la población, aunque con una diferencia leve respecto al resto (6,4 puntos). No se observan diferencias importantes en relación a los datos observados en el estudio realizado a nivel nacional.

Tanto hombres como mujeres creen que la crisis económica general es la principal causa de los problemas económicos del SSPA. Ambos le otorgan la mayor puntuación media en la influencia que ejerce dicho elemento en relación con el resto con 7,4 y 7,7 puntos respectivamente. En un análisis comparativo más pormenorizado se observa que las mujeres en general dan mayor peso a la influencia que han generado todos los elementos descritos como posibles causas de los problemas económicos del sistema sanitario en relación con los hombres. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la crisis económica general y en el abuso de algunos usuarios o pacientes.

Gráfico 2.24. Causas de las dificultades económicas del SSPA según sexo y edad de los entrevistados



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

En relación con la edad los ciudadanos con 65 y menos años creen que ha influido más sobre los problemas económicos del SSPA la crisis económica general. Los mayores de 65 años le dan más importancia a la mala gestión de la sanidad pública. En cuanto a las puntuaciones concretas en cada variable se observa que el grupo de personas de entre 30 y 45 años creen en mayor medida que el abuso de algunos usuarios o pacientes y la mala gestión de la sanidad han tenido influencia sobre los problemas económicos sanitarios en Andalucía. Curiosamente el grupo de más edad le da más peso al envejecimiento de la población como posible causa; y los más jóvenes tienen la media más alta en la crisis económica general y el incremento del coste de determinados tratamientos.

En resumen

El sistema sanitario es hoy, para muchos, insostenible, a pesar de que los datos macroeconómicos indican que España en general y Andalucía en particular gastan menos en esta partida presupuestaria que los países de su entorno. ¿En qué se basan por tanto las apreciaciones de aquellos que insisten en la insostenibilidad del sistema sanitario? Seguramente en los datos de déficit y de deuda en sanidad.

Los ciudadanos han recibido la información, y en un alto porcentaje consideran que el sistema público sanitario tiene problemas económicos, graves o muy graves, y de difícil solución, viendo el futuro con bastante pesimismo en la resolución de este hipotético problema.

Como posibles causas a estas dificultades económicas los ciudadanos andaluces creen que el principal causante es externo, la crisis económica general, por lo que probablemente poco se pueda hacer más que esperar a que la situación mejore a nivel nacional e internacional. Pero también hay otros factores que inciden en los problemas de la sanidad y que los ciudadanos identifican en sus respuestas, como es la mala gestión sanitaria y lo que se identifica como abuso de determinados usuarios o pacientes, como elemento clave de la ineficiencia en este ámbito.

El sistema sanitario

capítulo **3**



El sistema sanitario

LA SALUD Y EL SISTEMA SANITARIO son los elementos que integran este capítulo. Se aportarán datos sobre la salud de los españoles en general y de los andaluces en particular, así como sobre el sistema sanitario público, en su papel de organismo garante de la protección y cuidado de la salud de los ciudadanos. Además se analizarán las opiniones y el conocimiento de los andaluces sobre el sistema sanitario público.

61

3.1. Salud: pilar del Estado de bienestar

La salud es uno de los ámbitos de mayor importancia para las personas y principal indicador de la calidad de vida individual y del bienestar de una sociedad en su conjunto. La salud debe ser entendida como un concepto multidimensional, tal como la define la propia OMS ya desde los años cuarenta (1946): «estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», que incluye aspectos médicos propiamente dichos (morbilidad, mortalidad, esperanza de vida), elementos físicos (entorno físico, vivienda, medio ambiente, etc.), sociales (seguridad e higiene en el trabajo, educación y asistencia sanitaria, equidad en la distribución de los recursos disponibles, entre otros), y también del propio sistema sanitario (recursos físicos y humanos, organización, investigación, etc.).

La salud se considera además uno de los pilares fundamentales del Estado de bienestar en las sociedades occidentales. Esta concepción supone que el Estado asume la responsabilidad de promocionar el

bienestar social en general, y la salud de los ciudadanos en particular. Cómo se concreta dicha responsabilidad, a qué nivel y con qué intensidad son las cuestiones que están en la base de la amplia variabilidad de situaciones que se producen entre los países de nuestro entorno. A pesar de esta variabilidad, los recursos destinados a sanidad, junto con educación, pensiones y servicios de protección social son las partidas presupuestarias más importantes de este conjunto de países, con independencia del territorio concreto al que nos refiramos.

En un periodo de grandes recortes presupuestarios, como el que estamos viviendo en la actualidad, sobre todo en España, estas partidas presupuestarias son también objeto de importantes ajustes, justificados la mayoría de las veces bajo el prisma de la «sostenibilidad» y de no «dejar caer» un Estado de bienestar, que va adelgazando a un ritmo muy superior al que supuso crearlo. Junto con la merma de recursos financieros, que hacen que la gestión diaria de la salud tenga necesariamente que cambiar para adaptarse al nuevo presupuesto, se han producido cambios en la organización y los servicios prestados, así como en la propia concepción del sistema sanitario público, con cambios legislativos de enorme calado que transforman la propia concepción y naturaleza del sistema sanitario en España. No obstante, a dichos cambios y sus implicaciones se dedicará el capítulo cuarto.

Los modelos y sistemas de salud

Es común hablar indistintamente de modelo y sistema sanitario, pero no son exactamente lo mismo. Además tampoco podría hablarse de un solo modelo o un solo sistema, por lo que es necesario identificar no sólo la diferencia entre ambos conceptos sino también los tipos existentes.

El *modelo sanitario* hace referencia al patrón teórico e ideológico en el que se cimentan los sistemas sanitarios (Políticas Públicas, 2011). Por tanto, cuando se habla de modelo sanitario se está haciendo referencia a cuestiones tales como la definición de la población que tiene derecho a asistencia sanitaria, al mecanismo o mecanismos de financiación del sistema sanitario, a las prestaciones que se ofrecen, a las actuaciones de salud pública que son propias del sistema sanitario, y a otras cuestiones que, en definitiva, permiten desarrollar y sustentar cada uno de los diferentes sistemas sanitarios posibles.

Por su lado, los *sistemas de salud* hacen referencia a la parte operativa y ejecutiva del modelo sanitario (Políticas Públicas, 2011), definiendo cómo se va a llevar a cabo la ejecución del modelo. Son muchas las definiciones que podemos encontrar sobre estos sistemas, pero todas vienen a incluir los mismos elementos:

«Es el conjunto de infraestructuras sanitarias que, siguiendo una determinada política, tiene como objetivo contribuir a mejorar la salud de la población. El sistema de salud, también llamado sistema sanitario, está constituido por diferentes instituciones, organismos y servicios que, a través de acciones planificadas y organizadas, llevan a cabo una variedad de programas de salud. En otras palabras, los sistemas de salud, son modelos del funcionamiento de la atención a la salud, estructuras que reflejan la política sanitaria de cada país» (Abrisketa, 2013).

Podemos y debemos diferenciar por tanto distintos modelos sanitarios y sistemas de salud. No existe una única clasificación, ni son modelos estancos, ya que en ocasiones se encuentran solapamientos y sinergias entre ellos. Como se podrá comprobar en la siguiente clasificación, son diferentes planteamientos que a veces responden a los problemas de salud de la sociedad donde se han implantado con una definición diferente del papel del Estado en el sistema de salud, con un sistema de gestión particular, una definición de los titulares de derechos sanitarios concreta, criterios de calidad y de cómo evaluarlos muy diferentes, variadas formas de financiación, múltiples carteras de servicios, etc.

- a. *Modelo socialista*, también llamado Modelo centralizado. Surge en la antigua URSS en 1921, bajo el prisma de un control gubernamental completo, planificado centralmente. Se caracteriza por la cobertura sanitaria universal y gratuita a la población, financiada en su totalidad por los presupuestos generales del Estado. Este modelo puro, incompatible con cualquier tipo de sanidad privada, sólo se ha dado en los países comunistas. En la antigua URSS, donde se desarrolló, dio lugar al *Sistema Semashko*, desde donde se extendió a los países del bloque soviético después de la II Guerra Mundial. Toma su nombre de Semashko, que en los años 20 del pasado siglo fue uno de los principales organizadores del sistema de salud de la Unión Soviética. Desde los años 90 del pasado siglo, y de forma paulatina, los distintos países que aun lo implementaban lo han ido abandonando. Hoy el modelo socialista lo mantienen únicamente

Cuba y Corea del Norte, que desarrollaron el *Sistema Público Unificado*. Este sistema prioriza la salud pública por encima de otras prestaciones médicas o asistenciales, dando gran importancia a la medicina preventiva y la educación sanitaria. Este modelo se basa en la prevalencia de la salud colectiva sobre la individual, siendo uno de sus principios que la salud es un derecho social.

- b. *Modelo liberal* o de libre mercado. Es el modelo de Estados Unidos. La salud es considerada como un bien de consumo, que no tiene por qué tener necesariamente una especial protección por parte del Estado. En este sentido la Administración contribuye a la asistencia sanitaria pero únicamente en una parte pequeña de la sociedad, fundamentalmente en la atención de personas desfavorecidas y marginales sin recursos (los «muy pobres»). Las clases medias y altas pagan íntegramente su asistencia sanitaria, bien de forma directa o a través de seguros privados.
- c. *Modelo mixto*, es el desarrollado en la mayor parte de los países europeos y en Latinoamérica. Se basa en la contribución mixta del sector público y privado en la gestión del sistema sanitario. La distribución de esta contribución o participación depende de cada país, igual que el tipo de financiación, los niveles asistenciales, etc. Dentro de este modelo se diferencian, al menos en Europa dos grandes sistemas, sobre los que nos detendremos brevemente:
 - c.1. *Sistema de seguro social de salud*, también conocido como Sistema Bismarck o Modelo alemán. Surge en Alemania en 1883 cuando el canciller Bismarck introdujo el Seguro Obligatorio entre los trabajadores asalariados. La protección de la salud se relaciona con el empleo y se financia a través de las cotizaciones sociales de los trabajadores y las empresas, que tienen carácter de obligatoriedad. Debido a esta relación entre sanidad y empleo, el sistema necesita potenciar y/o sostener redes paralelas de beneficencia para los no cotizantes. Este sistema se implantó también en Francia, Bélgica, Austria, Luxemburgo y Holanda.
 - c.2. *Sistema nacional de salud*, también conocido como Sistema Beveridge o Modelo inglés. Surge en Suecia en los años 30 y en Gran Bretaña a finales de los 40 del pasado siglo. Tienen como supuesto básico que es el Estado el responsable de financiar el sistema sanitario mediante las aportaciones que hacen los

ciudadanos a sus arcas a través de los diferentes impuestos. Reconoce el principio de atención gratuita y lo hace extensivo a toda la población a fin de garantizar una cobertura universal. De forma general, suele coexistir con el sistema público un sistema privado de salud más o menos extenso. Es el modelo que siguen con sus particularidades Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España y Portugal.

Los cambios en la estructura y en la forma de gestión y financiación de los sistemas sanitarios son continuos, especialmente en las últimas décadas. Los sistemas de salud tradicionales están cambiando, hibridándose, con lo que la clasificación es cada vez más difícil. La reforma británica contemplando diferentes formas de privatización del sistema, o el intento de los Estados Unidos de Norteamérica de establecer un cambio de sistema sanitario que trata de emular algunas de las prácticas y características de los sistemas mixtos europeos (la conocida como «reforma Obama»), son sólo algunos de los ejemplos de cambios que justifican la enorme dificultad de definición y clasificación de los sistemas sanitarios en la actualidad. Un modelo mixto público-privado, con múltiples variantes, podría ser en el futuro el modelo más común en las democracias contemporáneas.

La protección de la salud en España

La salud de la población en España goza del derecho a ser protegida, según el artículo 43 la Constitución Española de 1978, que la define como uno de los derechos fundamentales de la Carta Magna. Además establece que los poderes públicos son los competentes para *organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios*. Además, y en relación con la visión amplia de salud, que engloba otros ámbitos además del estrictamente sanitario, establece que se fomentará *la educación sanitaria, la educación física y el deporte*, y asimismo se facilitará *la adecuada utilización del ocio*.

Hay que tener en cuenta que la salud que medimos hoy, no es efecto inmediato de la política sanitaria vigente, ni de las condiciones de vida de los ciudadanos en el momento presente de forma exclusiva, sino que es el resultado de una serie de condiciones sociales, económicas, políticas, etc., que coadyuvan en el desarrollo de una persona casi desde el mismo momento de su concepción, sino antes. Así, la salud de los ancianos de hoy no se asocia tanto con la situación económica actual sino con la de décadas atrás (Dávila-Quintana y López-Valcárcel, 2009).

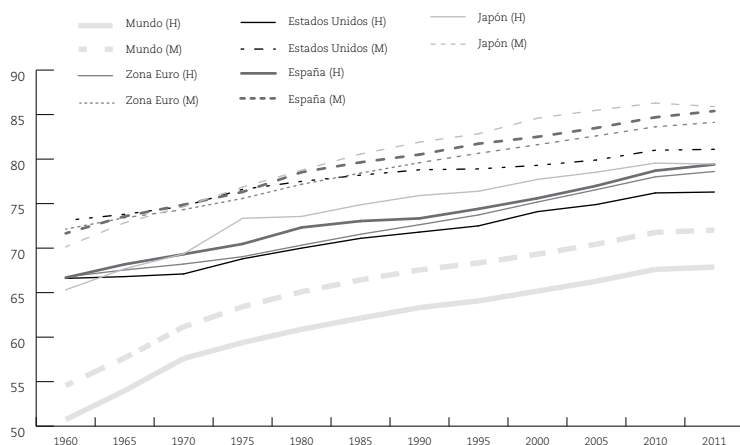
En España los indicadores de salud han ido mostrando valores cada vez más positivos. Hoy España se sitúa entre los países con una mayor esperanza de vida, así como con indicadores bastante positivos de mortalidad, morbilidad y salud. No obstante, las consecuencias de la crisis económica en la salud no tendrán sólo efectos inmediatos, que también, sino sobre todo a largo plazo. Todo ello hace difícil conocer con exactitud qué efectos tendrá la privación económica que está sufriendo buena parte de nuestra sociedad, o las políticas gubernamentales de reducción del gasto público en bienestar social. Lo que sí es un hecho contrastado y conocido es que la desigualdad social y las situaciones de inestabilidad económica afectan a la salud (Benach, 1997; Rodríguez y Urbanos, 2008), ya sea en indicadores clásicos como los de mortalidad y morbilidad, ya sea en otro tipo de problemas de salud como la aparición y aumento de enfermedades relacionadas con la salud mental u otros. Cuando el Estado de bienestar articula mecanismos de protección para aquellos ciudadanos que se encuentran en situación de vulnerabilidad social, estén o no relacionadas con la salud, afectan a la misma y contribuyen a la mejora del bienestar de la sociedad en su conjunto. Aunque pueda parecer paradójico, una sociedad más desigual lleva a un empeoramiento de la salud de toda la sociedad en su conjunto, tanto de los grupos más desfavorecidos como de los grupos más privilegiados (Pérez del Río, 2013). No obstante, como se ha indicado mas arriba, estos efectos no pueden medirse hoy. A saber, podemos advertir que se producirán, pero no conocemos a ciencia cierta la magnitud de los mismos.

La salud de los españoles

Son muchos los indicadores que se utilizan para analizar la salud de la población, y su importancia se basa fundamentalmente en dos elementos, en primer lugar la homogeneidad del indicador en distintos ámbitos de recogida, lo que permite comparar la salud entre países, regiones, y colectivos, y en segundo lugar, en la continuidad histórica que permite visualizar la evolución que dichos indicadores tienen a lo largo del tiempo y los efectos que la coyuntura económica, social, cultural, política, demográfica, etc., puede tener a largo plazo en la salud de la población.

Uno de los indicadores más utilizados es la *esperanza de vida*. Esta es una medida basada en el patrón de mortalidad actual que estima el promedio de años que se espera que vivirá un recién nacido en un determinado año si la tasa de mortalidad se mantiene tal y como está en el momento actual a lo largo de toda la vida de esa persona (ONU, 2011).

Gráfico 3.1. Esperanza de vida al nacer según género y año



Fuente: Banco Mundial <<http://datos.bancomundial.org>>.

En el año 2011 la esperanza de vida en España era de 82,3 años (79,4 para los hombres y 85,4 para las mujeres), ocupando el quinto puesto mundial, superior a la media de la Unión Europea, por detrás de San Marino, Suiza, Japón e Islandia. Con valores inferiores a los españoles en esperanza de vida se sitúan los ciudadanos de países como Italia, Australia, Suecia, Francia, Noruega, Reino Unido, Alemania, o Estados Unidos entre otros. En el gráfico 3.1 se presentan los valores del indicador de esperanza de vida de hombres y mujeres en España, Japón (por ser históricamente el país con indicadores mas altos), zona del euro, Estados Unidos y el indicador global mundial.

Como se puede observar en el gráfico 3.1, desde los años 60 en todos los países mostrados ha aumentado la esperanza de vida de sus ciudadanos, con incrementos que van desde los más de 17 años de ganancia en esperanza de vida a nivel mundial desde los años 60 hasta la actualidad, los casi 15 años de aumento en Japón, o los 13 de España, hasta los 8,8 años de aumento en Estados Unidos.

Las mujeres cuentan en todos los países con valores superiores en el indicador de esperanza de vida al de los hombres. Como se ve en el gráfico 3.1, la esperanza de vida de las mujeres (M) en Estados Unidos (la más baja de los países desarrollados que se han utilizado en

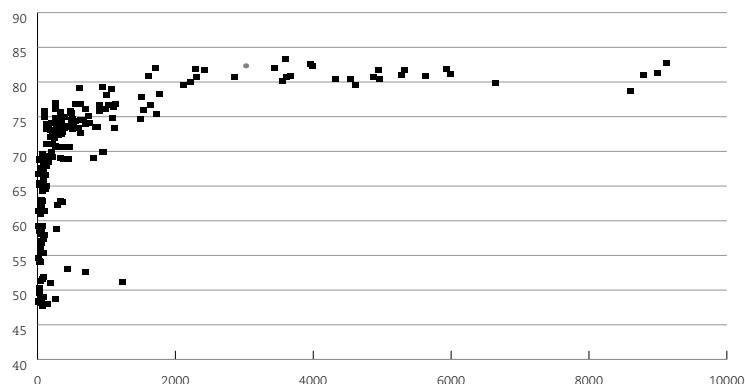
el ejemplo) es superior a la esperanza de vida de los hombres (H) de Japón (el país con mayor esperanza de vida).

España no solo ha demostrado tener unos indicadores de salud por encima de los esperados para un país de su posición económica, sino que además es un país eficiente en cuanto al nivel de salud que alcanza su población respecto al gasto per cápita que se dedica a este concepto. Recordemos que, cómo se veía en el capítulo anterior, España tiene un gasto sanitario inferior a la media de los países occidentales desarrollados, tanto si lo medimos como porcentaje del PIB dedicado a gasto sanitario (tanto público como privado), como si se mide por gasto per cápita (teniendo en cuenta a la población). Así, si se observa el gráfico 3.2, a nivel mundial, teniendo en cuenta los casi 200 países para los que hay datos sobre ambos indicadores, España no sólo se posiciona en la parte alta del gráfico (círculo gris), es decir, con una mayor esperanza de vida, sino que esto no le ha supuesto una inversión extraordinaria en la partida presupuestaria dedicada a sanidad.

Tal como se aprecia en el gráfico, existe una correlación positiva entre el nivel de renta de un país y el gasto per cápita en salud, y a su vez, en unos mejores niveles de salud general de su población. La tendencia observada en los indicadores es a aumentar la esperanza de vida a medida que aumenta el gasto per cápita en salud, hasta cierto punto, a partir del cual un aumento en dicha inversión no parece tener efectos claros en el aumento del indicador anterior, como puede verse en el gráfico 3.2.

Si se analizan sólo los países de nuestro entorno (tanto geográfico como económico) observamos de forma más clara aún la efectividad que el sistema español parece haber alcanzado. España se sitúa entre los países con mayor esperanza de vida y menor gasto sanitario per cápita de nuestro entorno, muy por debajo de Estados Unidos, que se muestra como uno de los países menos eficientes dentro de los países desarrollados, al computar un gasto muy elevado pero unos niveles de salud muy por debajo de la media de la Unión Europea, por ejemplo. Este país, basado en un sistema de seguros privados complementado con subvenciones del Estado para determinados colectivos, y con el porcentaje más alto de consumo privado en salud de los países de la OCDE, no parece ser un modelo eficaz. Otros países, con unos niveles de salud positivos, como son Luxemburgo, Noruega, y sobre todo Suiza, presentan un gasto sanitario muy elevado, lo cual nos lleva a afirmar que si bien sus niveles de salud son buenos, el coste que asumen para alcanzarlos es mucho menos eficiente que el observado en Japón, o en el propio caso español.

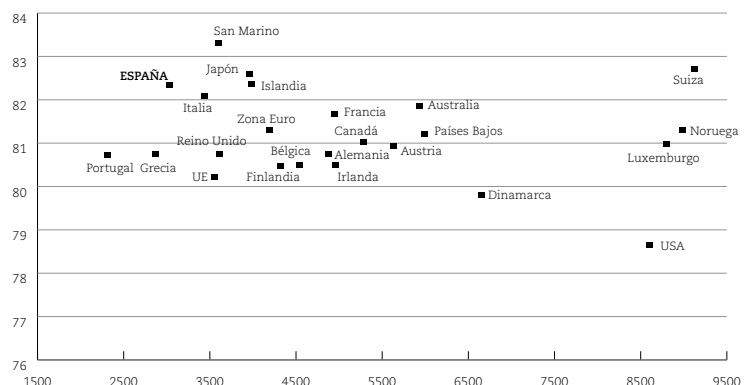
Gráfico 3.2. Esperanza de vida al nacer y gasto en salud per cápita, por países (2011)



Datos en US\$ a precios actuales.

Fuente: Banco Mundial <<http://datos.bancomundial.org>>.

Gráfico 3.3. Esperanza de vida al nacer y gasto en salud per cápita, en países de nuestro entorno (2011)



Datos en US\$ a precios actuales.

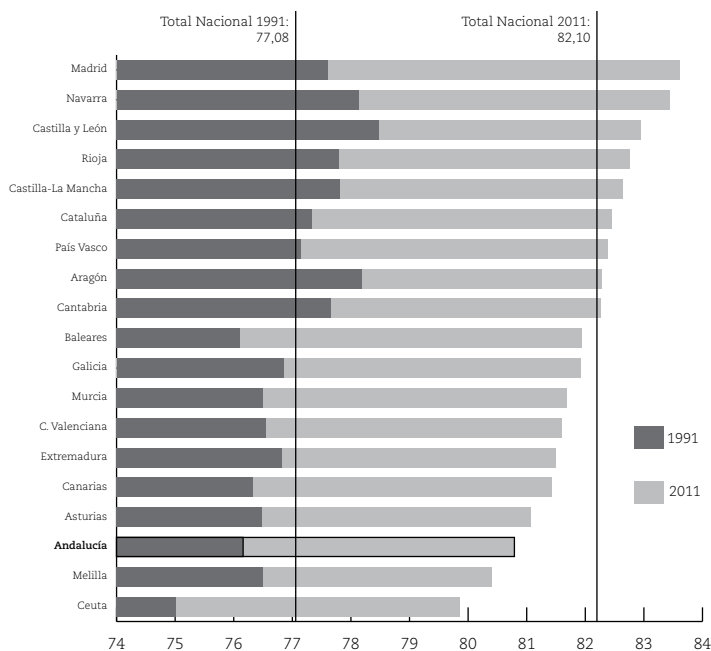
Fuente: Banco Mundial <<http://datos.bancomundial.org>>.

Así, como se ve, los datos de esperanza de vida en España son muy positivos, sobre todo en comparación con otros países con mayor desarrollo económico que el nuestro. No obstante, dentro del territorio nacional se encuentran diferencias por regiones o comunidades autónomas. Las CC. AA. de Madrid y Navarra son las que presentan unos mejores indicadores de esperanza de vida al nacer, superiores a los 83 años. Por encima de la media nacional también se encuentran Castilla y León, La Rioja, Castilla-La Mancha, Cataluña, País Vasco, Aragón y Cantabria. Andalucía es la comunidad autónoma con peores valores en este indicador (80,79), sólo por encima de las ciudades autónomas de Melilla y Ceuta. En cuanto al incremento en la esperanza de vida en las dos últimas décadas, la región que más ha aumentado es Madrid, con más de seis años, y la que menos la ciudad de Melilla que no ha llegado a cuatro años. Andalucía ha conseguido mejorar en más de cuatro años y medio su esperanza de vida en los últimos 20 años.

Las diferencias que se observan en el indicador de esperanza de vida según la CC. AA. en la que se resida parecen estar relacionadas con la riqueza de cada región, medida a partir de su Producto Interior Bruto per cápita. Así, las regiones más ricas son también, en términos generales las que muestran unos mejores datos en el indicador de esperanza de vida, frente a las comunidades más pobres, que también tienen peor calidad de vida relacionada con la salud en este indicador. En el siguiente gráfico se muestra la relación de ambas variables, de forma que si se considera que España representa el valor 1, se observa como Andalucía está por debajo de este valor, tanto en esperanza de vida, que equivaldría al 98 % del valor para el conjunto nacional, como en PIB per cápita, que se sitúa en el 75 % del total para el conjunto del país.

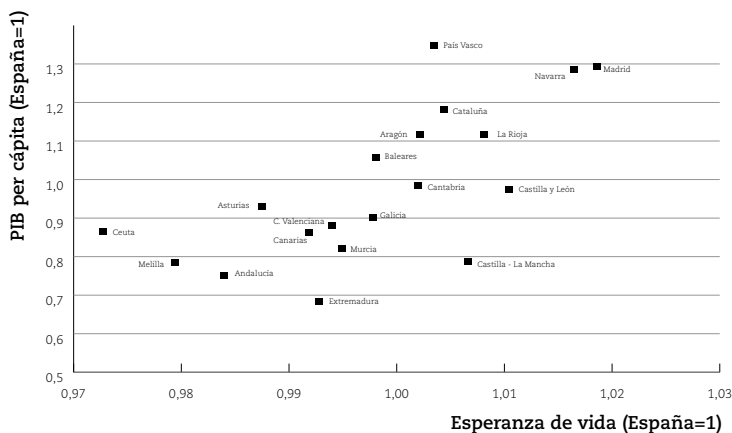
En general, a nivel nacional, los buenos resultados en el indicador de esperanza de vida no deben llevarnos a la autocomplacencia, puesto que en los principales indicadores sobre hábitos de vida saludable no salimos tan bien parados. En cuanto a *consumo de tabaco*, una de las principales causas de mortalidad prematura evitable, estamos muy por encima de la media de la OCDE, con un porcentaje del 26,2 % de fumadores diarios de 15 años o más, sólo por debajo de Grecia, Chile, Irlanda y Hungría. Este porcentaje baja hasta el 21 % entre las mujeres, y alcanza el 31 % entre los hombres. En cuanto al *consumo de alcohol*, otro importante problema de salud pública en la mayor parte de los países desarrollados, también es muy elevado en España, con 11,4 li-

Gráfico 3.4. Esperanza de vida al nacer por comunidad autónoma (1991 - 2011)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística <<http://www.ine.es>>.

Gráfico 3.5. Esperanza de vida al nacer y PIB per cápita según comunidad autónoma en relación con el total España =1 (2011)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística <<http://www.ine.es>>.

tros per cápita de consumo entre la población de 15 o más años, consumo que no deja de aumentar año a año. Además es preocupante el descenso constante en la edad de comienzo en el consumo de alcohol. Consumo de tabaco y de alcohol, junto con el *sobrepeso y la obesidad*, son importantes factores de riesgo para la salud de la población, por los efectos que tienen en la aparición y prevalencia de enfermedades tanto agudas como crónicas. El sobrepeso y la obesidad, enfermedades propias de países desarrollados, se están convirtiendo en un importante problema de salud que las administraciones tratan de atacar. En cuanto al porcentaje de población obesa, España también muestra valores por encima de la media de los países de la OCDE, aumentando cada año, aunque sin llegar a los abrumadores datos de Estados Unidos, donde el 28 % de la población es obesa según los datos de la OCDE⁵. Estas cifras pueden llevar a pensar que si se invirtiera más en políticas de concienciación y fomento de hábitos de vida saludables los indicadores sanitarios para el caso español serían todavía mejores. Además estos malos hábitos no se distribuyen de forma homogénea entre las distintas comunidades autónomas. Andalucía en este sentido muestra indicadores de consumo de tabaco y de obesidad por encima de la media española⁶.

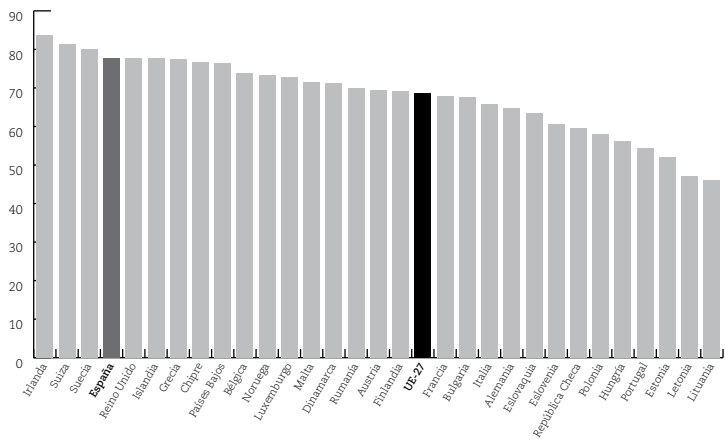
Salud percibida

Otro indicador que mide la salud de la población es la visión que de su propia salud tienen los ciudadanos. La autovaloración del estado de salud es una medida subjetiva de salud que refleja la percepción que tienen las personas entrevistadas sobre su propia salud, y que, como se ha puesto de manifiesto por diferentes especialistas (Idler y Benyamini, 1997; Ruiz Román *et al.*, 2003), recoge tanto aspectos físicos, psicológicos y socioculturales, es decir, constituye un indicador del Estado de bienestar integral de las personas que además ha mostrado ser un buen predictor de la esperanza de vida, del nivel de mortalidad, del riesgo de padecer enfermedades crónicas, así como de la utilización de servicios asistenciales (Instituto de Información Sanitaria, 2010).

5 Consultados los datos de la OCDE Health Data 2012 <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LVNG>.

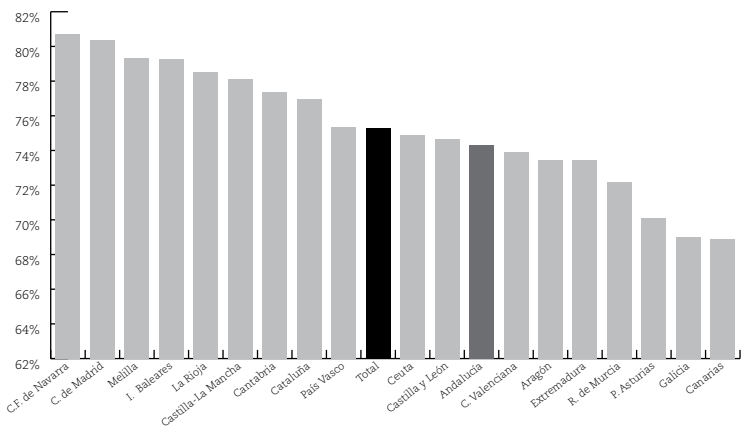
6 Consultados los datos de la Encuesta de Salud 2011-2012 del Instituto Nacional de Estadística <<http://www.ine.es>>.

Gráfico 3.6. Porcentaje de personas que indican que su salud es buena o muy buena según país de residencia de la Unión Europea (2011)



Fuente: Eurostat <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_02&lang=en>.

Gráfico 3.7. Porcentaje de personas que indican que su salud es buena o muy buena según CC. AA. de residencia (2011)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 realizada por el INE <<http://www.ine.es>>.

En este sentido España acumula también indicadores muy positivos en la valoración que los ciudadanos realizan sobre su propia salud. Con respecto al porcentaje de personas que dicen tener una salud «buena» o «muy buena» en la Unión Europea en su conjunto (27 países), España obtiene 9 puntos porcentuales más, con un porcentaje del 77,8 %. Sólo tres países, Irlanda, Suiza y Suecia obtienen porcentajes superiores a los obtenidos por España.

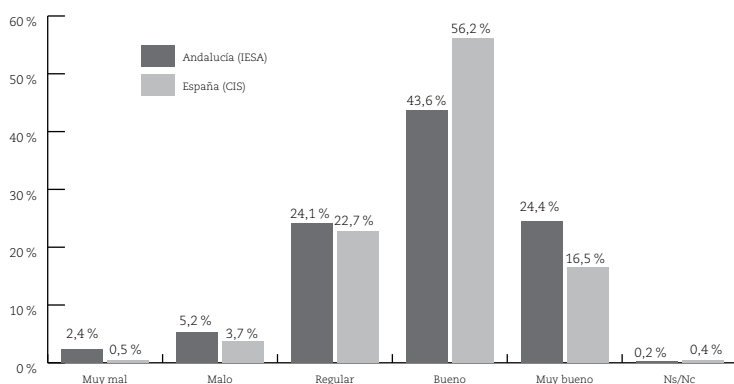
Por comunidades autónomas, Andalucía con un 74,3 % de personas que consideran que su salud es «buena» o «muy buena», se encuentra por debajo del porcentaje alcanzado a nivel nacional en esta encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística (75,2 %). En la Comunidad Foral de Navarra y en Madrid, ocho de cada diez personas indican que su salud es «buena» o «muy buena», con niveles parecidos a los alcanzados en Suiza y Suecia. Las CC. AA. de Galicia y Canarias, que se encuentran en el extremo más desfavorable de la clasificación, presentan, no obstante, porcentajes en la media de la UE-27.

Debido a la bondad que ha mostrado el indicador de salud percibida de la población, y a su posible influencia en las opiniones que sobre el objeto de estudio de esta investigación pudiera tener, se consideró interesante en la encuesta realizada al efecto, testar la salud autoreportada de los andaluces en la actualidad, y asimismo se les pidió que realizaran una valoración comparándolo con sus «iguales» sociales (las personas de su misma edad y sexo). Además se les preguntó si padecen alguna enfermedad crónica que les obliga a medicarse de forma habitual.

En general los residentes en Andalucía gozan de buena salud. El 68 % considera que su salud es buena o muy buena, mientras que un 24 % dice que es regular y el 7,6 % dice tener mala o muy mala salud. No obstante, en comparación con la autopercepción de salud de los españoles en general según los datos del CIS, los andaluces presentan peor salud percibida, con 4,7 puntos menos en las categorías de respuesta «buena» o «muy buena». También son datos peores a los alcanzados en la encuesta realizada por el INE en 2011.

Como cabría esperar, las personas de mayor edad son las que perciben su salud de forma menos favorable. En general, las mujeres indican que su salud es peor, con una diferencia de más de 6 puntos porcentuales en las categorías «mala» y «muy mala», con respecto a los hombres.

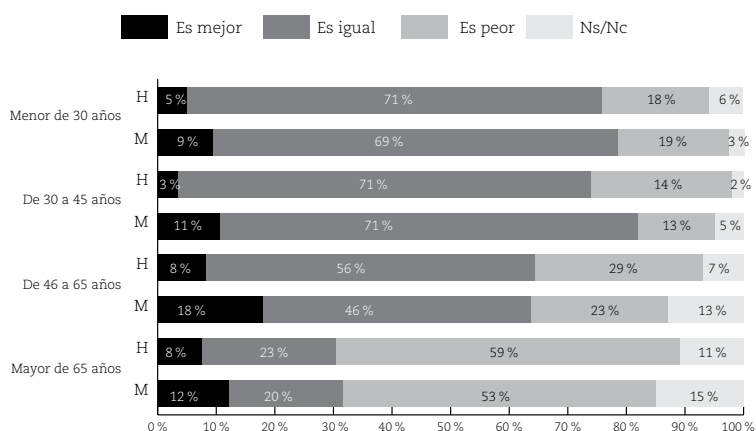
Gráfico 3.8. Estado de salud percibida (Andalucía y España)



Fuente: IESA-CSIC (E-1208) y Barómetro Sanitario del CIS (E8811).

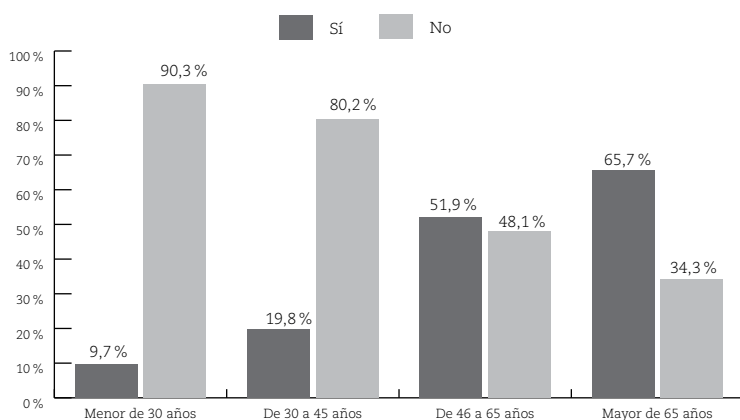
El concepto de salud es un concepto relativo, y los individuos, al analizar su situación particular, tienen en cuenta lo que es «normal» para una persona de su edad. Es por ello que encontramos que, aunque las personas de mayor edad muestran peor salud que los jóvenes, tienen porcentajes de satisfacción con su estado de salud muy altos. Es por este motivo por el que también se pregunta sobre la percepción que tienen sobre su salud en comparación con su grupo de iguales, es decir, con las personas de su misma edad y sexo. En este sentido, un poco más de la mitad de los ciudadanos creen que su estado de salud es igual que la de otras personas de sus mismas características (56,1 %), frente al 27,1 % que consideran que es peor y el 9,6 % que su salud es mejor que las personas de su grupo de iguales. Por género encontramos que si bien las mujeres de forma general perciben su salud algo peor que los hombres, a la hora de compararse con otras mujeres de su edad se ven a sí mismas mejor en un 13,1 %, frente a los hombres que se ven mejor que sus iguales en un 6 %. Por su lado, las personas de mayor edad se perciben en un alto porcentaje peor que las personas de su misma edad, el 56,1 % dice que está peor, frente al 18,6 % de los jóvenes que cree que tienen peor salud que otros jóvenes.

Gráfico 3.9. Estado de salud percibida en comparación con los del mismo sexo y edad según género y edad del entrevistado



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Gráfico 3.10. Necesidad de medicación habitual para enfermedad crónica según edad del entrevistado



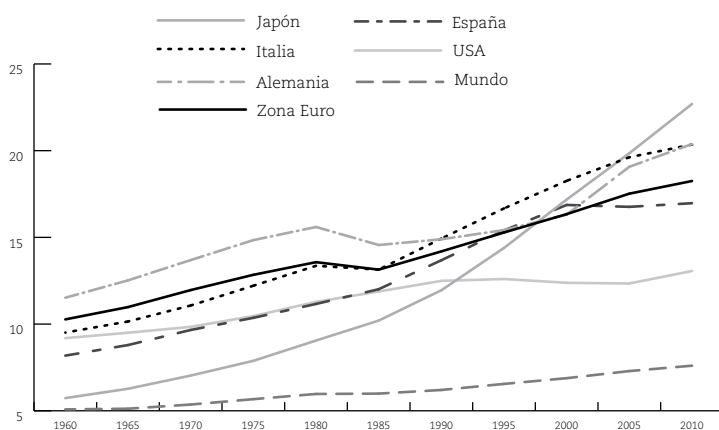
Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Las personas de mayor edad son las que necesitan medicarse habitualmente de forma más generalizada (el 65,7 %), frente al 35,3 % que lo hace a nivel general, como se observa en el gráfico 3.10.

Envejecimiento y salud

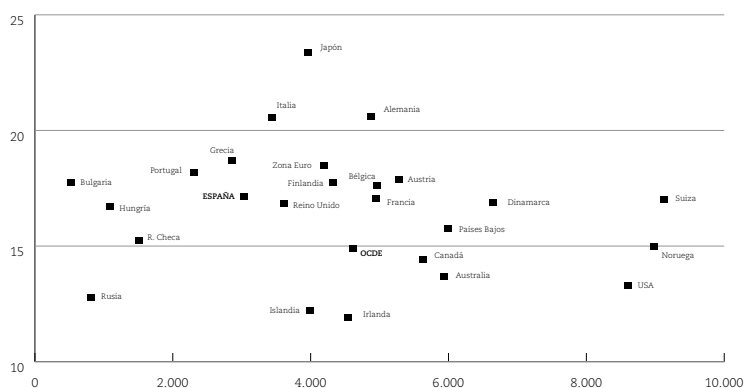
El envejecimiento de las sociedades occidentales en general, y de España en particular ha sido uno de los argumentos utilizados para explicar los problemas de sostenibilidad del sistema sanitario. Aunque el número de personas mayores en España es indudablemente alto, utilizarlo como argumento del gasto sanitario, como se observa en medios de comunicación o en el debate político, debería matizarse a la vista de los datos. Aunque el porcentaje de personas de avanzada edad en España es elevado, representando el 17 % de la población en 2011, este porcentaje es inferior al que se observa en el conjunto de la Unión Europea, en la llamada zona euro, o en países como Italia o Alemania, con mayor gasto sanitario que el español. Con un porcentaje del 23,4 % de población mayor de 64 años, Japón es el país más envejecido del mundo y a pesar de ello cuenta con los mejores indicadores de esperanza de vida y con un gasto en salud en la media de la zona euro y muy por debajo del gasto de, por ejemplo, Estados Unidos.

Gráfico 3.11. **Porcentaje de población de 65 o más años por países (2011)**



Fuente: Banco Mundial <<http://datos.bancomundial.org>>.

Gráfico 3.12. Porcentaje de población de 65 o más años y gasto sanitario per cápita, por países (2011)



Datos en US\$ a precios actuales.

Fuente: Banco Mundial <<http://datos.bancomundial.org>>.

Así, los argumentos que vinculan envejecimiento y gasto sanitario tienen que ser puestos en entredicho. Como se puede ver en el gráfico 3.12, no existe una pauta que ponga en relación directa ambos indicadores. Entre los países con un porcentaje inferior al 15 % de personas mayores, hay gastos per cápita tan dispares como el de la Federación de Rusia que no llega a 1.000 \$ por persona, y Estados Unidos, con más de 8.600 \$. En la zona del gráfico en la que se ubica España, con un porcentaje de población mayor entre el 15 y el 20 %, encontramos gasto igualmente dispar, en el que Suiza sería el Estado con mayor nivel de gasto per cápita en salud.

En cuanto a las regiones españolas⁷, Castilla y León es la más envejecida, con casi un 23 % de población con 65 años o más. Con porcentajes en torno al 22 % se encuentra el Principado de Asturias y Galicia, y en valores de más de un 20 % Aragón y País Vasco. Por su lado, entre las regiones con un porcentaje menor de personas mayores se encuentran las dos ciudades autónomas junto con Canarias, Murcia y Baleares, con menos de un 15 % de personas de 65 años o más. Andalucía también tiene un porcentaje relativamente bajo de personas mayores, con un 15,2 % para el año 2012.

⁷ Consultados los datos de población por grupos de edad del Instituto Nacional de Estadística (INE) para el año 2012 <<http://www.ine.es>>.

En suma, la información comparada con la que contamos no sustenta el establecimiento de una relación directa entre mayor porcentaje de población de 65 años o más y el incremento del gasto en salud, como porcentaje del PIB, ni dentro de España ni entre los países de nuestro entorno económico. Ello nos debe hacer pensar que si bien el envejecimiento de la población puede ser un elemento a tener en cuenta para hablar del gasto sanitario, también de la gestión y organización de los servicios sanitarios, cuando menos no puede establecerse una relación tan simple, más aun cuando el incremento de la esperanza de vida y la mayor longevidad de los ciudadanos de un país no es en sí mismo un problema ni social ni de salud, en todo caso lo sería el descenso de los nacimientos o que se invirtiera aquella tendencia. Por otra parte, en un sistema sanitario público que se financia mediante impuestos tampoco es tan relevante el hecho de que sus usuarios sean más o menos mayores, puesto que si bien no son población activa sí que pagan impuestos, por lo que debería preocuparnos mucho más tener una mala política fiscal y recaudatoria y/o muchos pobres, sean estos mayores o no.

Crisis económica y salud

La relación entre crisis económica y salud es compleja. Hay investigaciones que han constatado que la pérdida de empleo puede tener efectos positivos en la salud (Ruhm, 2000) derivados entre otras cosas por tener la persona más tiempo para hacer ejercicio, cuidarse, y tener una vida saludable. Por el contrario, otras investigaciones apuntan a que el desempleo es un factor negativo para la salud, al relacionarlo con la depresión y la ansiedad, elementos claramente vinculados a efectos negativos para la salud (Bambra *et al.*, 2009; Brenner, 2005). Es debido a estos resultados a primera vista contradictorios, por lo que no se puede establecer de forma clara una relación causal entre crisis económica y salud. Lo que sí parece constatar es el papel mediador del Estado como garante de la salud de la población. Así, si durante el periodo de desempleo la cobertura social permite a la persona mantener o incluso mejorar su estilo de vida y su nivel educativo, las consecuencias parecen ser positivas. Si estos elementos no son garantizados, los efectos son claramente negativos, ya que además el desempleo afecta evidentemente al nivel de renta, y este es un factor clave en el empeoramiento de la salud.

Con el breve excurso del párrafo anterior se ha querido mostrar que el sector público tiene un papel fundamental en la salud, aún más en periodos de crisis económica, ya que dependiendo del tipo de políticas sociales que ejecute durante la crisis, esta última incidirá en un sentido

u otro y con mayor o menor intensidad en la salud. Según Dávila Quintana y González López Valcárcel (2009), las crisis económicas tienen efectos a corto plazo que aunque no parezcan directamente vinculados con la salud, lo están y mucho, más aún en el medio y largo plazo, estos son por ejemplo, el desempleo, el empobrecimiento o descenso de la renta familiar, muy vinculados al primero, o la emigración. El empobrecimiento de las familias afecta directamente entre otras cosas a las pautas alimenticias, lo que paradójicamente lleva a un incremento de la obesidad y de la malnutrición, que afectan principalmente a las familias de menos recursos y menor nivel educativo de los países desarrollados occidentales. Los grupos más vulnerables, ancianos, niños, pobres, inmigrantes, etc., son los que de forma más importante son afectados por esta situación de crisis, pero finalmente será la sociedad en su conjunto la que soportará los efectos negativos que se produzcan, si los gobiernos no actúan para paliar sus efectos, o incluso revertirlos.

3.2. Sistema sanitario público de Andalucía

La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) fundamentó el actual modelo de Sistema Nacional de Salud, financiado con impuestos generales y de cobertura prácticamente universal. A pesar de que recientemente esta ley ha sido modificada, no nos centraremos en este apartado en el análisis de dicha reforma, que se verá en el capítulo cuarto. Esta norma, junto con la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, ponen las bases de la organización del sistema sanitario español.

Es importante señalar que el modelo que España ha ido desarrollando se basa en un principio descentralizador, que ha hecho que los estatutos de autonomía de las CC. AA. hayan asumido, a distinto ritmo, las competencias en materia sanitaria. Cada comunidad autónoma cuenta con un servicio de salud que gestiona la asistencia sanitaria que se ofrece en su territorio. El Estado, no obstante, sigue siendo competente en el establecimiento de normas que fijan las condiciones y requisitos mínimos de salud en todo el territorio nacional, coordina las actuaciones entre comunidades, es el responsable de la sanidad exterior, de la política del medicamento, de la gestión de INGESA⁸, y de la política de

8 El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) es una entidad gestora de la Seguridad Social que gestiona las prestaciones sanitarias de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Es una entidad heredera del antiguo Instituto Nacional de Salud (INSALUD) que funcionaba antes de la transferencia de las competencias en salud a las comunidades autónomas.

salud pública nacional. Por su lado, las comunidades autónomas son las encargadas de la planificación sanitaria, de la salud pública, y de la gestión de los servicios de salud. Por último, las corporaciones locales, los ayuntamientos, son los encargados de mantener y preservar la salubridad y colaborar en la gestión de los servicios públicos.

El proceso de transferencia de las competencias sanitarias en Andalucía se realizó a través del Real Decreto 400/1984. A través del Servicio Andaluz de Salud (SAS), organismo autónomo de carácter administrativo adscrito actualmente a la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, se gestionan y administran los servicios públicos de salud en esta comunidad autónoma. Este organismo fue creado en 1986, y como objetivo fundamental tiene el «prestar atención sanitaria a las ciudadanas y ciudadanos andaluces, ofreciendo servicios sanitarios públicos de calidad, asegurando la accesibilidad, equidad y satisfacción de los usuarios, buscando la eficiencia y el aprovechamiento óptimo de los recursos». Su estructura y funciones vienen reguladas en el Decreto 152/2012.

El ciudadano es para la Consejería de Salud, según la redacción de su III Plan Andaluz de Salud de 2002, «el protagonista de los servicios sanitarios» (Consejería de Salud, 2002), lo que supone un esfuerzo por dar voz y poder de decisión a los ciudadanos. En este sentido se consolida el especial interés por conocer la opinión de los ciudadanos sobre la calidad de los servicios que se le prestan, como elemento complementario de evaluación del sistema sanitario. Con este objetivo se han realizado distintos estudios sobre las opiniones, actitudes y comportamiento de los ciudadanos y usuarios de los servicios sanitarios en Andalucía, utilizando éstas como herramienta de gestión y evaluación de los servicios sanitarios públicos.

A continuación se describirán algunos datos de la encuesta realizada en este estudio, sobre el tipo de cobertura sanitaria que tienen los ciudadanos en Andalucía, así como los servicios a los que han acudido en los últimos seis meses, lo que permitirá conocer el grado de cercanía del individuo con el sistema sanitario público andaluz (SSPA).

Cobertura sanitaria

El acceso a los servicios sanitarios públicos se realiza a través de la presentación de la Tarjeta Sanitaria Individual, expedida por los servicios de salud de las CC. AA. Este documento identifica a los ciudadanos como usuarios del Sistema Nacional de Salud. En 2012 se ha produci-

do una modificación en la definición de los titulares de derechos a la protección a la salud y a la atención sanitaria pública (RDL 16/2012), que se analizará en el capítulo cuarto. Los ciudadanos pueden acudir además, a servicios privados de salud, ya sea de forma exclusiva, o en lo que se ha llamado «un doble aseguramiento», es decir, combinando sanidad pública y privada según su deseo en cada momento.

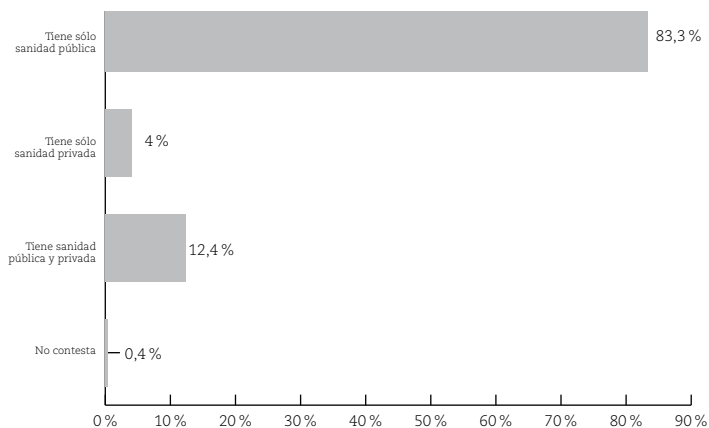
Se les preguntó a los encuestados por el tipo de cobertura sanitaria que utilizan. La mayoría de los residentes en Andalucía sólo cuentan con sanidad pública, un 83,3 %, mientras que son muy pocos, un 4 %, los que sólo tienen sanidad privada. Además, un 12,4 % tienen tanto sanidad pública como privada. De los usuarios que utilizan seguros privados el 92,9 % tiene una póliza o es de una mutua de seguro médico y tan solo un 6,7 % no tienen contratado ningún seguro, es decir, utilizan la sanidad privada cuando la necesitan, sin contratar seguro o mutua (gráfico 3.13).

Utilización de los servicios sanitarios públicos

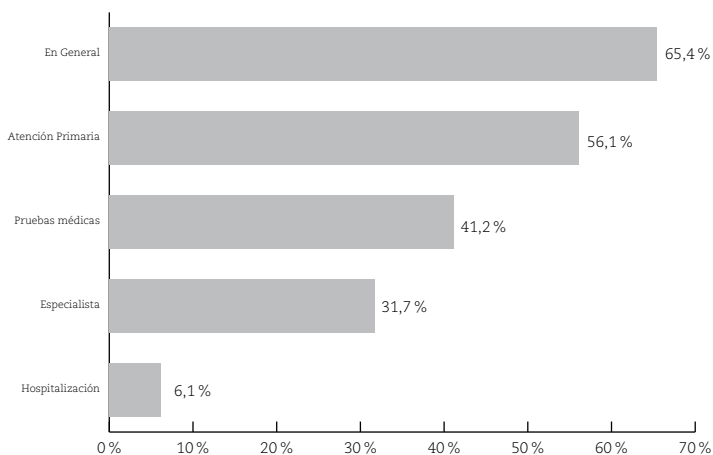
El sistema de salud se organiza en dos niveles asistenciales básicos: atención primaria y atención especializada. En el primer nivel, puerta de acceso al sistema sanitario, se encuentran los servicios de atención de los médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y otros servicios como fisioterapia, matronas, trabajadores sociales, etc. En el segundo nivel se presta atención especializada, tanto en centros de especialidad como en hospitales, ya sea de manera ambulatoria o en régimen de ingreso.

En los últimos 6 meses (el estudio E-1208 del que se extraen estos datos se ejecutó en septiembre de 2012) el 65,4 % de los entrevistados habían sido usuarios de los servicios sanitarios públicos. El servicio más visitado fue el de atención primaria, al que habían acudido en los últimos seis meses el 56 % de ellos. Algo menos de la mitad de los residentes andaluces habían ido al especialista y se habían realizado pruebas médicas, y tan sólo el 6 % de los entrevistados habían estado hospitalizados (gráfico 3.14).

Una tercera parte de los usuarios de los SSPA habían acudido a tres de los cuatro servicios por los que se les preguntó (el 29,5 %). Un porcentaje algo mayor, 36,3 %, habían sido atendidos por al menos dos de estos servicios en el período de referencia.

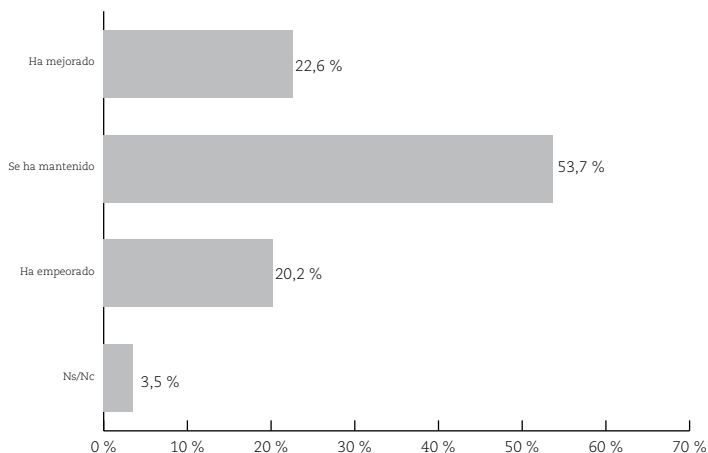
Gráfico 3.13. Cobertura sanitaria de los entrevistados

Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Gráfico 3.14. Servicios a los que ha acudido en los últimos 6 meses el entrevistado

Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Gráfico 3.15. Valoración del trato recibido en la sanidad pública

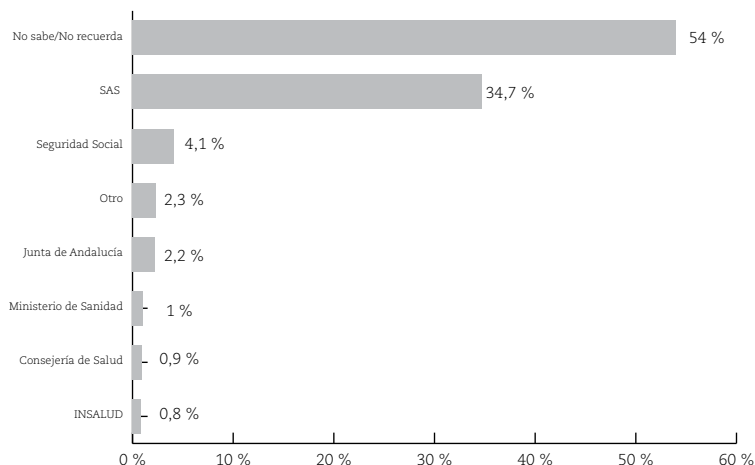


Fuente: IESA-CSIC (E-1208). Base: *personas que han acudido a la sanidad pública andaluza en los últimos 6 meses.*

No obstante, con independencia del número de servicios a los que han acudido, se les preguntó a todas aquellas personas que al menos han acudido a un servicio sanitario público en los últimos seis meses, su valoración del trato recibido, comparado con el que se dispensaba en los últimos años. Para más de la mitad de los encuestados el trato recibido no se diferencia sustancialmente del que se daba en los últimos años. Sin embargo, para uno de cada cinco usuarios el trato había empeorado en comparación con el que se recibía en el pasado, y aproximadamente el 22 % cree que el trato recibido ha mejorado.

La percepción que los ciudadanos tienen sobre el sistema sanitario público andaluz ha sido generalmente buena o muy buena. Diferentes barómetros sanitarios andaluces así lo señalan (barómetros sanitarios de Andalucía 1999, 2003, 2007 y 2011). Sin embargo durante los últimos años, aunque el porcentaje de «satisfechos» o «muy satisfechos» es alto (tres de cada cuatro andaluces así se manifiestan según el último barómetro sanitario de Andalucía, realizado en 2011), el porcentaje de ciudadanos que se muestran más críticos también ha aumentado.

Gráfico 3.16. Organismo que se encarga de la asistencia sanitaria pública en Andalucía



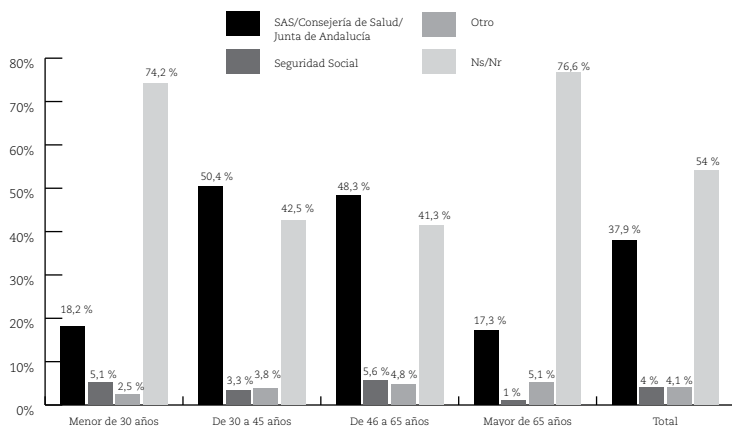
Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

3.3. Conocimiento de los ciudadanos sobre el sistema sanitario público de Andalucía

Aproximadamente uno de cada tres encuestados piensa que el Servicio Andaluz de Salud es el encargado de la asistencia sanitaria en nuestra comunidad, a pesar de lo cual una amplia mayoría de los ciudadanos (el 54 %) no sabe o no recuerda cual es el organismo que cumple esta función. El resto de porcentajes se reparten entre aquellos que creen que la salud es competencia de la Seguridad Social, de la Junta de Andalucía en general, sin especificar organismo, del Ministerio de Sanidad, la Consejería de salud, del extinto INSALUD, o incluso otras respuestas minoritarias.

En general existe un extenso desconocimiento de que la asistencia sanitaria pública está transferida a las CC. AA., y por tanto tiene que ser un organismo andaluz el encargado de la gestión de este servicio público. Resulta de gran interés constatar este extendido desconocimiento, por cuanto es uno de los ámbitos de interés prioritario para los ciudadanos, pero en el que los gestores, los responsables de un buen o mal funcionamiento, no son claramente identificados para la población. Se podría pensar por ello que «castigos» y/o «recompensas» por una buena o mala gestión, serán difícilmente imputables políticamente por los andaluces.

Gráfico 3.17. **Organismo que se encarga de la asistencia sanitaria pública en Andalucía según edad del entrevistado**



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Existen diferencias significativas al cruzar estos datos por la edad de los encuestados. Los grupos de edad con mayor nivel de desconocimiento son los jóvenes (menores de 30 años) o los mayores (de más de 65 años), tal como se puede observar en el gráfico 3.17. Las personas de edad media, en los grupos de 30 a 45 años y de 46 a 65 son los que en mayor medida al menos saben que el organismo que se encarga de la asistencia sanitaria pública en Andalucía es el SAS, o bien algún organismo de la propia comunidad autónoma (Consejería de Salud, Junta de Andalucía), con porcentajes en torno al 50 % en ambos casos.

Como se ha indicado, resulta fundamental conocer el organismo que gestiona los servicios públicos. La posibilidad de *premiar* o *castigar* en las urnas o en cualquier otro tipo de participación política, a los responsables de la gestión pública, sólo es posible bajo la premisa de que existe conocimiento sobre a quién dirigir nuestras críticas o alabanzas. En este sentido, es importante conocer el perfil concreto de aquellos ciudadanos que no saben a quién responsabilizar de la buena o mal gestión del SSPA. Para ello hemos realizado un análisis de segmentación jerárquica, que permite definir el perfil de los entrevistados a partir de una pregunta de análisis, en este caso el conocimiento de quién gestiona la sanidad pública andaluza. Se ha considerado que todos aquellos ciudadanos que indicaban el Servicio Andaluz de Salud, la Consejería de Salud, o la Junta de Andalucía, si bien no todos concretaban exactamente, sí que ubicaban la gestión en la comunidad autónoma, y por tanto tienen un conocimiento más cercano a la

realidad. Por su parte, todos aquellos que han indicado que de esta tarea se encarga la Seguridad Social, otro organismo, como puede ser el Ministerio de Sanidad, el antiguo INSALUD, etc., y por supuesto, todos aquellos que directamente indican que no saben quién se encarga de la asistencia sanitaria pública, conforman el grupo de los que no saben cuál es. De esta forma tenemos sólo dos categorías, conoce y no conoce el organismo, como variable a analizar, y se incluyen las principales variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, ingresos, ideología política y partido votado en últimas elecciones, nacionalidad y tamaño de hábitat), observándose los siguientes grupos según el porcentaje de personas en el grupo que saben quién gestiona la sanidad pública en Andalucía.

En el gráfico 3.18 se recogen los principales resultados. La variable que más discrimina entre los que conocen y no conocen quién presta los servicios sanitarios en Andalucía es el nivel de estudios de los entrevistados. Así, si no tienen estudios el porcentaje de desconocimiento pasa del 61,8 % general a más del 87 %, es decir, aumenta en más de veinte puntos porcentuales. Dentro de las personas sin estudios, se forman tres grupos. Los mayores desconocedores son los jóvenes y las personas mayores, siendo el grupo de personas de mediana edad, entre los 45 y los 65 años los que en mayor medida conocen quién presta la asistencia sanitaria en Andalucía, aunque con valores muy cercanos a los generales.

Entre las personas con estudios primarios, también se diferencian tres grupos. En general, tienen algo más de conocimiento que los anteriores, pero aún así es escaso, no llegan al 31 %. Dentro de estos, el grupo que más conoce quién presta los servicios sanitarios es el de los jubilados y pensionistas, frente a los desempleados y personas que se dedican a las labores domésticas que son los más desconocedores.

Las personas con estudios secundarios muestran un aumento en su porcentaje de conocimiento hasta llegar al 55,7 %, un 17,5 % más que a nivel general. Entre estos, se forman dos grupos, uno formado por personas jóvenes, que muestran menos conocimiento, subiendo hasta el 68 % el porcentaje de personas que sabe quién se encarga de la sanidad en Andalucía entre las personas con estudios secundarios y con más de 30 años.

Por último, encontramos el grupo de entrevistados con estudios universitarios, que son los que en mayor medida tienen conocimiento sobre este tema. Un 78,4 % dan una respuesta más o menos correcta, un 37,2 % más que a nivel general. Este último grupo no se subdivide, no muestra diferencias según otra variable de las introducidas en el análisis.

Fuente: IESA-CSIC
(E-1208).

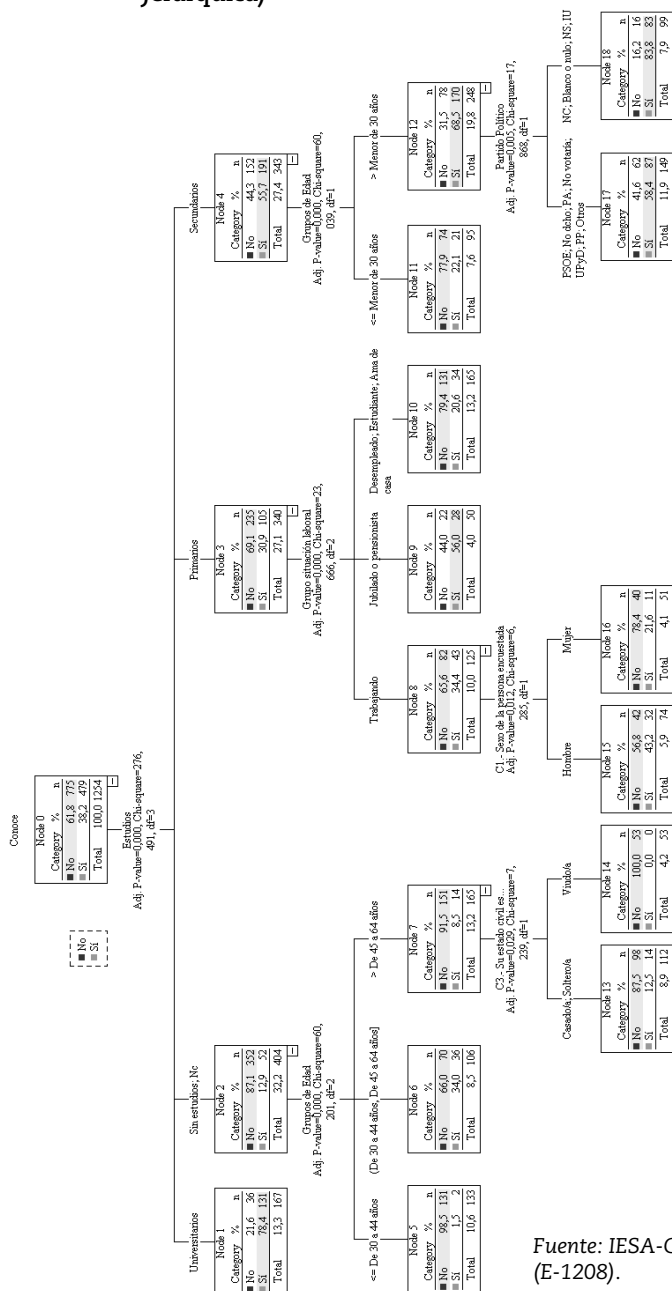
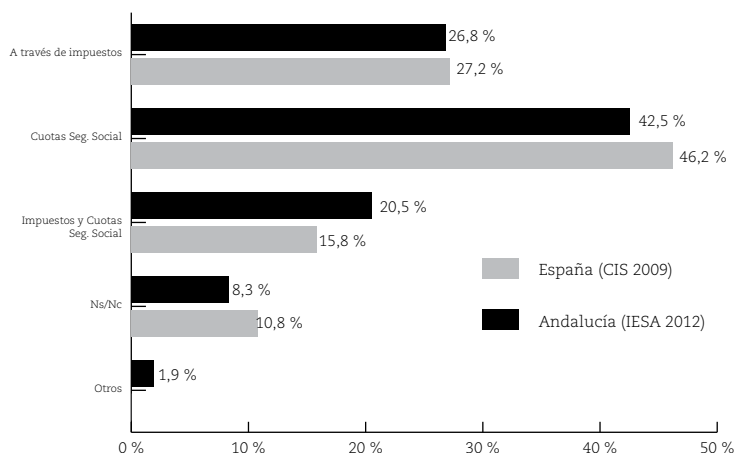


Gráfico 3.19. Quién financia la sanidad según los entrevistados



Fuente: IESA-CSIC (E-1208) y Barómetro Sanitario (CIS 2009).

Financiación sanitaria

Otro elemento de interés es el grado de conocimiento que los ciudadanos tienen sobre cómo se financia la sanidad pública. Como es evidente, los servicios públicos deben ser sufragados con los presupuestos del Estado, ya sea de forma directa o en sus transferencias a las distintas comunidades autónomas, pero no es lo mismo que el presupuesto sanitario dependa de impuestos finalistas, de cotizaciones a la seguridad social, de impuestos no finalistas, o de otro tipo de ingresos estatales.

La mayor parte de los ciudadanos piensa que la sanidad pública se financia mediante el pago de las cuotas a la Seguridad Social (42,5 %). A este alto porcentaje hay que sumar el que aquellas personas que creen que se costea gracias a la suma de impuestos y cuotas a la Seguridad Social (20,5 %). Es destacable este dato, por cuanto desde el año 1999 la sanidad deja de ser sufragada por las aportaciones de las cotizaciones a la seguridad social y pasa a financiarse íntegramente a través de impuestos generales. Están informados a este respecto casi el 27 % de los andaluces, un porcentaje muy similar al que se obtiene para el conjunto del Estado en un estudio del CIS de 2009.

El desconocimiento manifestado, al igual que se mencionaba en el caso del organismo que gestiona la sanidad andaluza, es muy revelador. Las cuotas a la Seguridad Social son pagadas por trabajadores y empresas, una parte de la sociedad. Los impuestos son pagados por toda la sociedad, ya sea de forma directa (IRPF, Impuesto sobre el Patrimonio, Impuesto de Sucesiones, distintos impuestos a empresas, etc.), y/o de forma indirecta (por ejemplo a través del Impuesto sobre el Valor Añadido —IVA—; impuestos especiales del alcohol, el tabaco o los carburantes, etc.). No tener claro este hecho puede influir en cómo los ciudadanos ven el uso de los servicios sanitarios por colectivos que según su opinión «no contribuyen», al no cotizar a la seguridad social, a sufragar el sistema.

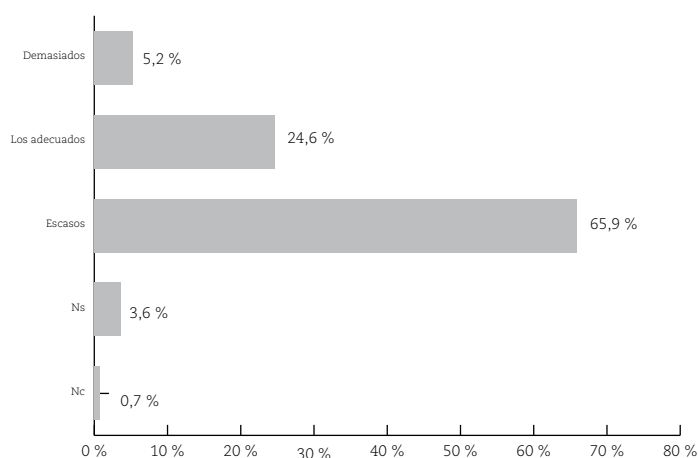
3.4. **Percepción de los ciudadanos sobre la situación de la sanidad pública andaluza**

Los medios de comunicación han servido de altavoz de políticos y otras personas poderosas con amplio acceso a estas tribunas que consideran que la sanidad es un «monstruo gigantesco» que consume excesivos recursos económicos del Estado y que no es posible su mantenimiento en tiempos de crisis. Una simple consulta a la hemeroteca de los principales diarios de este país muestra que los artículos que tratan el problema de la «sostenibilidad» del sistema sanitario son muy numerosos.

Desde la banca por ejemplo, el presidente de BBVA, Francisco González, explica que la sanidad «por muy significativa que sea su contribución al crecimiento y bienestar del país, es necesario tener en cuenta los costes presentes y futuros en los que hay que incurrir para poder mantenerla», estableciendo prioridades e incorporando criterios de coste-beneficio, para un sistema sanitario que debe financiarse con recursos limitados, lo que obliga «actuar hoy para asegurar la sostenibilidad financiera a largo plazo del sistema» (*El País*, 11-12-2012).

También comentan este problema de sostenibilidad políticos en cargos de responsabilidad sanitaria en distintos territorios, siendo recogidas sus opiniones por distintos medios de comunicación que los hacen llegar a la ciudadanía. Así, por ejemplo, el antiguo consejero de sanidad de la Comunidad de Madrid, J.J. Güemes comentaba que «el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas tienen que responsabilizarse de consolidar y garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y de adoptar medidas que conduzcan a una con-

Gráfico 3.20. Valoración de los recursos económicos que se destinan a sanidad en Andalucía según los entrevistados

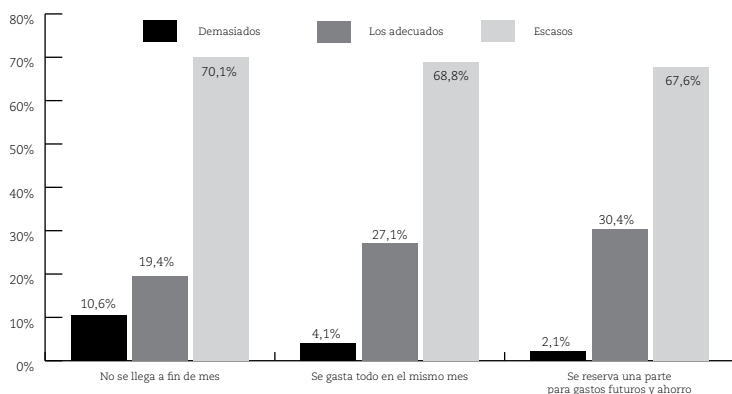


Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

tención, e incluso, a una reducción del gasto farmacéutico» (*El Mundo*, 18-3-2010). En el mismo sentido se manifiesta A. Sáez Aguado, consejero de Castilla y León, cuando dice que «teniendo en cuenta que la sanidad es el servicio público más apreciado y el más universal de todos los servicios, es necesario hacer un ejercicio de responsabilidad para blindarlo y garantizarlo en el futuro» (*El Mundo*, 25-10-2011). Por su parte, el exconsejero de sanidad del País Vasco, R. Bengoa señala que «la Sanidad sufre en estos momentos el mayor test de estrés de su vida y hay que tomar decisiones difíciles para asegurar la fortaleza de la organización» y no descartaba tener que recurrir a «nuevas formas de financiación» (*El Mundo*, 29-10-2011).

Sea por la presencia en los medios de comunicación de la sostenibilidad sanitaria como problema, o por otro motivo, la realidad es que los ciudadanos perciben que existen dificultades económicas, y no menores, en cuanto a los recursos que sustentan el Sistema Nacional de Salud. En concreto, para el caso de Andalucía, y según las respuestas de los encuestados en nuestro estudio, la mayoría de los ciudadanos (siete de cada diez) valora que los recursos que se destinan a sanidad en Andalucía no son adecuados, si bien la diferencia más pronunciada

Gráfico 3.21. Valoración de los recursos económicos que se destinan a sanidad en Andalucía según ingresos mensuales del hogar del entrevistado



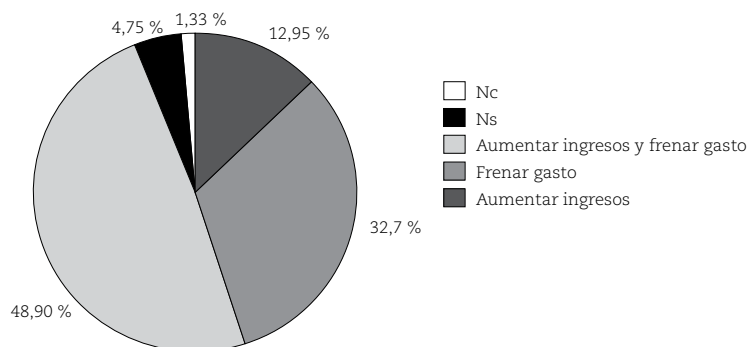
Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

con los anteriores es que mayoritariamente los ciudadanos andaluces, más del 65 % del total de la población, piensan que los recursos son escasos y solo algo más del 5 % considera que la sanidad en Andalucía recibe demasiados recursos económicos.

Esta percepción sobre los recursos económicos con los que cuenta el sistema sanitario andaluz está condicionada por la propia situación económica del entrevistado. El 10,6 % de las personas que indican que su situación económica es delicada, ya que no se llega a fin de mes con los ingresos familiares, piensan que el sistema sanitario cuenta con demasiados recursos económicos, un 6 % más que entre aquellos que tienen una situación «ajustada pero solvente» y un 8,5 % más que entre aquellos que pueden ahorrar.

No obstante, la respuesta mayoritaria como se dijo más arriba, con independencia de los recursos económicos particulares, es que el SSPA cuenta con recursos escasos. Esta opinión general coincide con los datos que facilita Eurostat, que se presentaron en el capítulo anterior, y que mostraban cómo España dedica a gasto sanitario, tanto público como privado, menos que los países de nuestro entorno socioeconómico, tanto en porcentaje del PIB, como en términos per cápita. Desde el punto de vista ciudadano por tanto se coincide en que hay un problema de financiación de la sanidad pero se discrepa con aquellos

Gráfico 3.22. Cómo obtener más recursos económicos para la asistencia sanitaria según los entrevistados



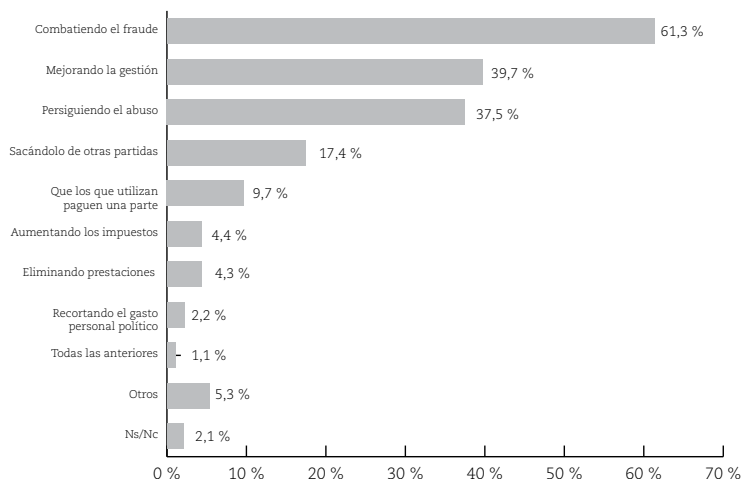
Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

que lo achacan a un alto gasto para ponerlo en el terreno de una baja financiación lo cual es más coherente con la información que aportan los organismo internacionales que con la visión que aportan algunos políticos y personas relevantes mediáticamente.

Ante la visión ampliamente extendida de que el sistema sanitario tiene graves problemas de sostenibilidad, se les preguntó a los residentes en Andalucía que, suponiendo que hubiera que obtener más recursos económicos para la asistencia sanitaria, cuál creían que sería la opción más adecuada, aumentar los ingresos, reducir el gasto, o ambas cosas, tanto aumentar los ingresos como reducir el gasto. Como se puede observar en el siguiente gráfico, un porcentaje muy elevado, de casi el 49 %, considera que es necesario un abordaje conjunto que suponga tanto aumentar ingresos como reducir gastos. La segunda opción más elegida sería la de frenar el gasto, considerada por el 32 % de los encuestados.

La forma en que los ciudadanos en Andalucía consideran que se podría realizar este aumento de ingresos o freno del gasto es fundamentalmente combatiendo el fraude fiscal, que es mencionado por más del 60 % de los entrevistados. En segundo lugar se menciona la mejora de la gestión y como tercera alternativa persiguiendo el abuso. Bastante alejados de estas respuestas, en cuanto a porcentaje de personas que han mencionado otras alternativas para aumentar los ingresos o frenar el gasto sanitario

Gráfico 3.23. Medio para aumentar los ingresos o frenar el gasto sanitario según los entrevistados (multirespuesta)



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

encontramos ciudadanos que consideran que se pueden redistribuir los recursos del Estado, sacando recursos de otras partidas presupuestarias, o que los ciudadanos que utilizan la sanidad pública paguen una parte, que aumenten los impuestos, o bien que se reduzcan prestaciones sanitarias. Completan las respuestas porcentajes menores de ciudadanos que indican que se debe recortar el gasto en personal político y de Gobierno, o aumentando los impuestos a empresas y rentas más altas, o creando empleo para que aumenten los ingresos del Estado al pagar impuestos más ciudadanos, o por último, que los extranjeros paguen por los servicios sanitarios, que es mencionado por tan sólo un 0,5 % de los entrevistados.

La lucha contra el fraude fiscal es la alternativa más elegida tanto por aquellos ciudadanos que creen que hay que aumentar los ingresos como entre los que creen que lo importante es frenar el gasto, pero entre estos últimos de forma más acusada. También resulta significativa la diferencia en el porcentaje de personas que consideran que es necesario que los que utilizan la sanidad paguen una parte (es decir, que se establezca copago sanitario), que pasa el 12 % entre los partidarios de aumentar los ingresos, al 9 % de los que creen que es mejor frenar el gasto. Así, se entiende más por la ciudadanía que el copago es un medio de recaudar, más que un medio para persuadir, para frenar el acceso y por tanto el gasto.

Tabla 3.1 Modo en que se podrían obtener más recursos para la asistencia sanitaria pública según la preferencia por aumentar ingresos, frenar el gasto o ambas alternativas (%)

Obtención de recursos económicos para la asistencia sanitaria (multirespuesta)	Aumentar los ingresos	Frenar el gasto	Aumentar los ingresos y frenar el gasto	Total
Combatiendo el fraude	50,97	64,16	62,01	61,22
Mejorando la gestión del sistema sanitario	29,49	29,35	49,23	39,72
Persiguiendo el abuso sanitario	22,44	39,48	40,20	37,50
Sacándolo de otras partidas presupuestarias	18,06	16,93	17,55	17,41
Que los que utilizan la sanidad paguen una parte	12,18	9,87	9,03	9,75
Aumentando los impuestos	8,39	2,60	4,60	4,44
Eliminando prestaciones sanitarias	1,94	5,73	3,92	4,26
Recortando el gasto del personal político y de Gobierno	1,29	1,56	2,90	2,22
Todas las anteriores	2,58	0,52	1,19	1,15
Aumentando los impuestos a empresas y rentas más altas	1,92	0,26	1,02	0,89
Aumentando los presupuestos del Estado	0	0	0,68	0,36
Creando empleo para aumentar los ingresos del Estado	0,65	0,26	0,68	0,53
Que los extranjeros paguen por los servicios sanitarios	0	0,78	0,51	0,53
Otros	1,94	5,97	1,19	2,93
No sabe	3,87	0,78	1,70	1,69
No contesta	1,29	0,52	0	0,36

Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Valoración del SSPA

Los servicios sanitarios públicos, como parte de los servicios públicos que se ofrecen a los ciudadanos, necesitan de un sistema de información que dé cuenta de la opinión que los ciudadanos, como perceptores de los mismos, tienen de la calidad del servicio. Este elemento evaluador no sólo legitima la acción de la Administración sino que puede ser una buena herramienta de gestión, puesto que introduce en la misma la visión de los ciudadanos, elemento de suma importancia según la literatura específica. En este sentido, el Ministerio de Sanidad, junto con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), a nivel nacional, y la

Consejería de Salud junto con el Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC), a nivel andaluz, llevan realizando estudios desde hace más de una década sobre la opinión de los ciudadanos sobre el sistema sanitario público. A nivel nacional estos se realizan al conjunto de los ciudadanos, en lo que se conoce como *Barómetro Sanitario*. A nivel andaluz, además de realizar barómetros sanitarios al conjunto de la población, también se realizan estudios de opinión a los usuarios en los distintos niveles asistenciales⁹.

De forma continuada los servicios sanitarios públicos en España en general y en Andalucía en particular han sido muy bien valorados, por encima de la puntuación dada a otros servicios públicos, con porcentajes de valoración positiva de entre un 60 y un 75 % de la población (gráfico 3.24).

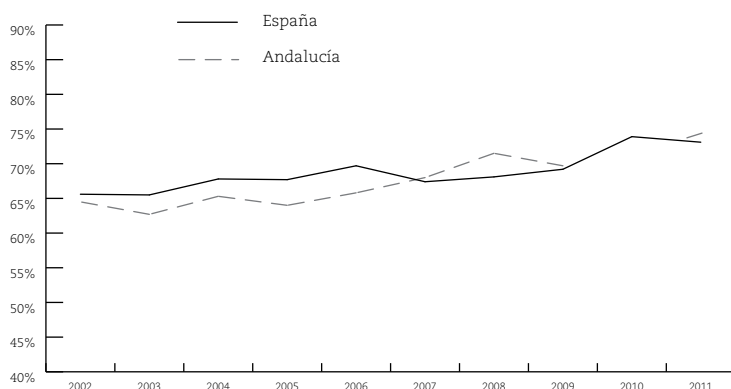
En el estudio de copago que se está presentando también se ha consultado la opinión de los andaluces sobre el funcionamiento del sistema sanitario público de Andalucía. La percepción en términos generales, aunque es positiva, considerando que la sanidad pública andaluza funciona bien o muy bien el 43 % de la población, no llega a los niveles que hemos observado en el gráfico anterior. Por su lado el 33 % de los entrevistados no valoran los servicios públicos sanitarios ni de forma positiva ni negativa, y casi un 23 % tienen una visión claramente negativa (gráfico 3.25).

Se ha encontrado relación entre la valoración del funcionamiento del SSPA y la percepción sobre la adecuación de los recursos económicos con los que esta institución cuenta para llevar a cabo su labor, como se puede observar en el gráfico 3.26. Así, las personas que consideran que los recursos del sistema sanitario público son los adecuados, son los más positivos respecto a la labor que se desarrolla con dichos recursos. Por el contrario, los entrevistados que creen que el sistema sanitario cuenta o bien con pocos o bien con demasiados recursos económicos, son más negativos en su valoración del funcionamiento sanitario (gráfico 3.26).

No sólo en términos generales parece que la población avala el funcionamiento del sistema sanitario público de Andalucía, sino que en comparación con otras comunidades autónomas, más del 42 % de los entrevistados señalan que la asistencia sanitaria pública en Andalucía es mejor o mucho mejor que en otros territorios de nuestro

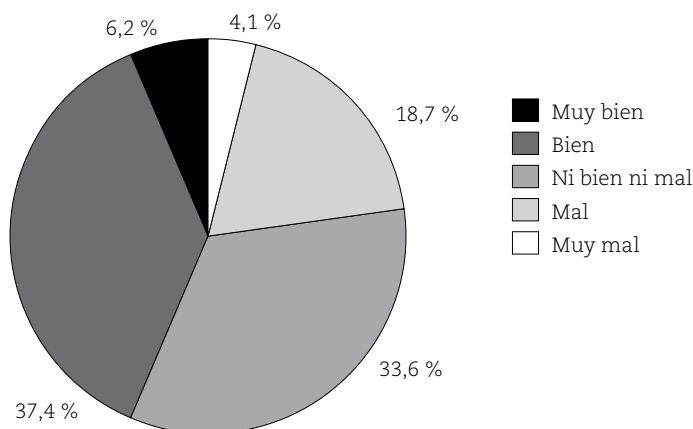
9 Se puede consultar la información en la página web del Servicio Andaluz de Salud <<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/indicadores/introduccion.asp>>.

Gráfico 3.24. Opinión de los ciudadanos sobre el sistema sanitario público (respuestas: bastante bien + bien aunque necesita cambios)



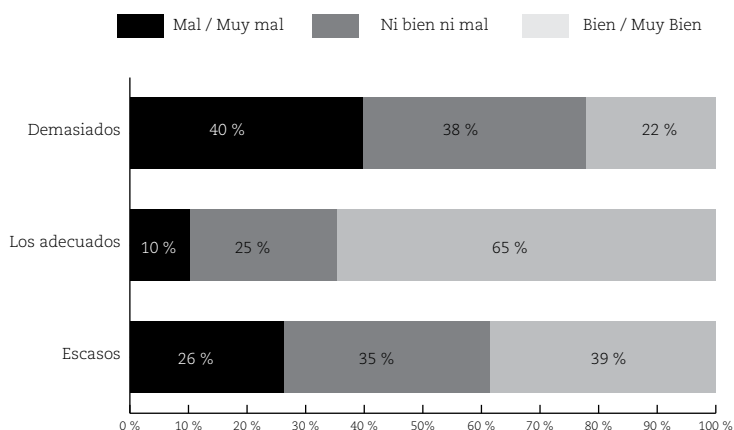
Fuente: Barómetros Sanitarios del CIS con muestra para España y para Andalucía, E8811-E8810-E8809-E8808 E8808-E8807-E8806-E8805-E2579-E2544-E2467. Para el año 2010 y 2011 no hay datos desagregados para Andalucía, por lo que el año 2011 es del Barómetro Sanitario realizado por el IESA-CSIC (E-1113).

Gráfico 3.25. Valoración del funcionamiento del sistema sanitario público de Andalucía según los entrevistados



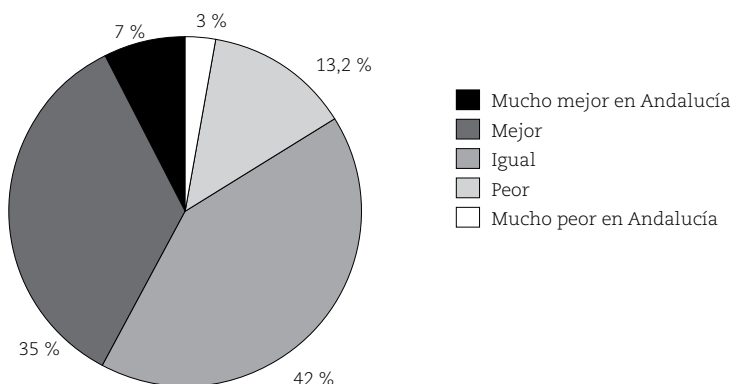
Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Gráfico 3.26. Valoración del funcionamiento del sistema sanitario público de Andalucía según valoración de los recursos económicos que se destinan a sanidad



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Gráfico 3.27. Valoración de la asistencia sanitaria pública en Andalucía en comparación con otras CC. AA.

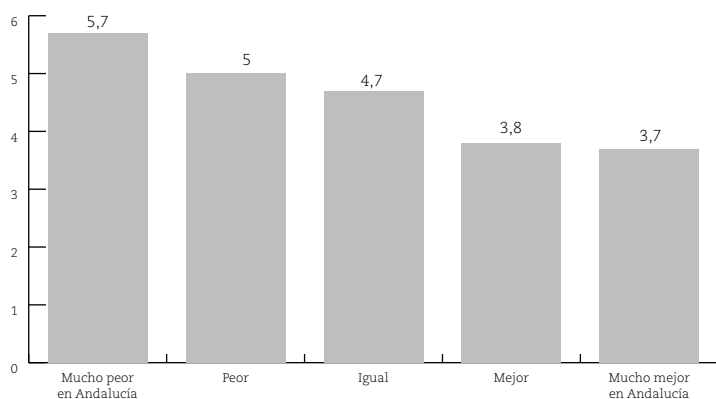


Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

entorno. Sólo uno de cada seis ciudadanos cree que la asistencia es peor o mucho peor a la que se proporcionan en otras comunidades españolas.

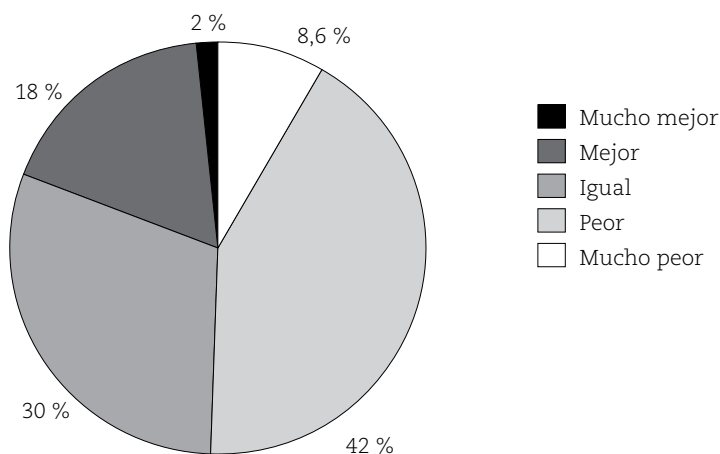
Pero es interesante señalar que la valoración de la asistencia sanitaria pública en Andalucía encuentra diferencias significativas según la ideología de los ciudadanos. En una escala ideológica de 0 a 10, donde 0 es el valor que equivale a posicionarse en el extremo ideológico de izquierda y 10 en el extremo de derecha, los encuestados eligen de forma mayoritaria el punto medio de la escala, el punto cinco. Destaca el hecho de que las personas que consideran que Andalucía tiene un peor sistema sanitario en comparación con el resto de CC. AA. se posicionan más a la derecha (posiciones de centro derecha), que aquellas personas que piensan que el SSPA está mejor que el de otras zonas de España, que se posicionan más hacia la izquierda (centro izquierda e izquierda). De hecho, entre estos últimos, aquellos más positivos con la sanidad andaluza, la diferencia respecto al punto medio ideológico es de 1,3 puntos, mientras que la diferencia con el punto medio entre los más negativos es de tan sólo 0,7 puntos.

Gráfico 3.28. Comparación de la sanidad pública andaluza con el resto de CC. AA. según ideología política del entrevistado



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Gráfico 3.29. **Situación en el futuro (dentro de 1 año) de la asistencia sanitaria pública en Andalucía**



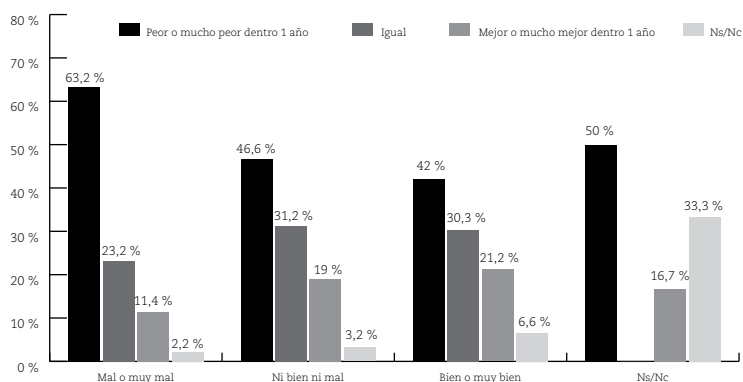
Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

No obstante, a pesar del relativo optimismo de la población respecto al funcionamiento actual del SSPA, no puede decirse lo mismo sobre su situación futura. Si, como hemos mencionado el 43,6 % de los encuestados consideran que el sistema sanitario andaluz funciona bien o muy bien, este porcentaje es mejor que el de aquellas personas que consideran que dentro de un año la asistencia sanitaria en Andalucía estará peor o mucho peor (50,7 %). La actual situación económica y los recortes presupuestarios en políticas sociales y más concretamente en sanidad, pueden estar detrás de este pesimismo en la evolución de la asistencia sanitaria.

Así, entre los andaluces que piensan que la sanidad pública funciona bien o muy bien, un alto porcentaje, el 42 % creen que en un año estará peor o mucho peor. Este porcentaje aumenta hasta el 63 % entre los que ya creen que funciona mal o muy mal. Es una visión muy pesimista del panorama sanitario que debería preocupar a los políticos y gestores sanitarios, ya que la desconfianza no es un buen aliado de la salud de una sociedad.

No sólo la mayoría de los ciudadanos tiene una percepción negativa del futuro de la asistencia sanitaria pública en Andalucía, sino que el cambio del modelo de sistema sanitario público nacional ha puesto de manifiesto que un amplio grupo de población está preocupada de no poder recibir asistencia médica porque no se la pueda pagar en un futuro. A un porcentaje abrumador de población, casi ocho de cada diez entrevistados le preocupa «mucho» o «bastante» no recibir

Gráfico 3.30. Valoración de la situación actual y en el futuro (dentro de un año) de la asistencia sanitaria pública en Andalucía según el entrevistado

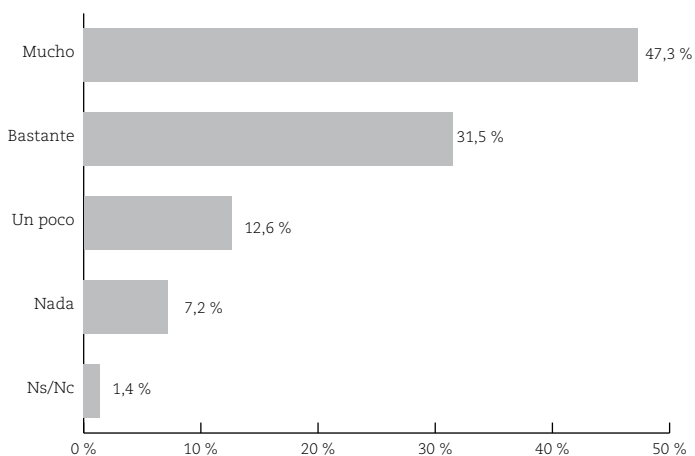


Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

asistencia médica en un futuro por no poder pagarla. Sólo un 7,2 % del total de los entrevistados declara que no le preocupa «nada» este tema. En el estudio de la Fundación Laporte, en 2006, a un 70 % de los entrevistados les preocupaba «mucho» no recibir asistencia por no poder pagarla, frente al 17 % que le preocupaba «un poco» y a un 13 % no le preocupaba «nada». Se está asumiendo por parte de la población que la asistencia sanitaria en un futuro dejará de ser gratuita en el momento de su utilización (preocupación por no poder pagar), lo cual supone que los ciudadanos dan por hecho que el modelo asistencial, tal como lo entendemos hoy tiene sus días contados.

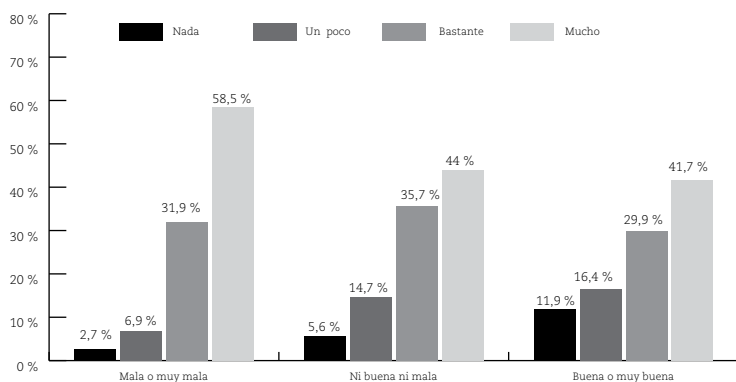
La situación económica particular de los ciudadanos afecta significativamente en su percepción del futuro de la asistencia sanitaria pública en Andalucía. A nueve de cada diez andaluces que definen su situación económica particular como «mala» o «muy mala» les preocupa «bastante» o «mucho» no poder recibir asistencia médica porque no se la puedan pagar en un futuro. Por el contrario, el porcentaje de andaluces preocupados «bastante» o «mucho» por no poder pagar en un futuro la asistencia médica se reduce aproximadamente al 70 % cuando indican que su situación económica es «buena» o «muy buena». En este sentido es importante añadir que el porcentaje de personas que no les preocupa nada no poder pagarse la asistencia médica es casi cinco veces superior en los que definen su situación económica como «buena» o «muy buena» frente a los que la definen como «mala» o «muy mala».

Gráfico 3.31. Valoración de la preocupación del entrevistado de no recibir asistencia sanitaria en un futuro por no poder pagarla



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Gráfico 3.32. Preocupación por la situación en el futuro (dentro de un año) de la asistencia sanitaria pública en Andalucía según situación económica particular del entrevistado



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

3.5. Diagnóstico de la situación del sistema sanitario público según los expertos

Se preguntó también a los expertos sobre la actual situación económica del sistema sanitario, y sobre su «insostenibilidad» tal como lo vienen reflejando los medios de comunicación, a raíz de diversas declaraciones de políticos y responsables de política económica y sanitaria. Uno de los expertos realizó una interesante distinción entre los mecanismos que se pueden utilizar para conseguir la sostenibilidad fiscal, que se utilizará para explicar el punto de vista de cada uno de los entrevistados, puesto que se ajustan a la división teórica realizada. De esta manera, y a modo de «tipos ideales», encontramos los siguientes mecanismos para conseguir la estabilidad económica del sistema sanitario público: la racionalización, regulando los servicios que se prestan y aumentando los recursos fiscales.

Hay que advertir que los mecanismos que vamos a caracterizar no se dan en sentido puro en el discurso de los expertos, y en un mismo individuo pueden verse opiniones de distintos modelos; no obstante son un recurso analítico interesante ya que nos ayudan a hacernos ver más claramente dónde se ubica el problema del sistema sanitario y la posible solución según cada uno de ellos. Analicémoslos brevemente:

a. Racionalización sanitaria

Bajo este principio se considera que para conseguir que el sistema sanitario sea sostenible es necesario mejorar los sistemas de gestión. El sistema es ineficiente en cuanto a su organización. En este sentido, los principales responsables de la mala situación económica del sistema sanitario público son la propia organización sanitaria, los gestores y los profesionales sanitarios que han fomentado y provocado esta situación, y que ha incentivado un uso irresponsable de los recursos públicos sanitarios por parte de los ciudadanos.

Este argumento es utilizado tanto por los expertos que consideran que el sistema es insostenible tal y como está en la actualidad, como por aquellos que consideran que es sostenible por cuanto se gasta menos que en otros países de nuestro entorno, y que lo que tiene es un problema de ineficiencia pero con un amplio margen de mejora. Plantean como solución a los problemas económicos de la sanidad pública la racionalización de la administración sanitaria, mejorar los sistemas de gestión y racionalizar y adelgazar la burocracia administrativa.

Como se ha mencionado, bajo el prisma de la racionalización se mueven dos discursos, uno que considera que el sistema es sostenible y otro que considera que no. Expondremos ambos. En el primer caso, entre los expertos que consideran que el sistema es *sostenible*, la premisa es que existe un amplio margen de mejora. Ponen como ejemplo el menor gasto de España respecto a los países de nuestro entorno, tanto en renta per cápita como en porcentaje del PIB, por lo que es posible aumentar dicho porcentaje, con lo que los problemas de liquidez del sistema se resolverían de forma inmediata.

Exp. 4: «...considerando el gasto sanitario total que está alrededor del 9 %, Estados Unidos está por encima del 16 %, está más cerca del 18. Estamos a mitad de Estados Unidos, es decir, que sostenibilidad para aumentar el porcentaje que la sociedad dedica a sanidad, o a salud, tenemos margen más que suficiente, otra cuestión es que la sociedad en su conjunto quiera primar la utilización de los recursos públicos, por lo tanto fundamentalmente ligados a la contribución que todos los ciudadanos tienen a través de sus impuestos, a la salud o a otra cosa».

No obstante, son conscientes de que la actual situación económica del país, debido a la crisis nacional e internacional, hace insostenible la situación si hay que atender a otras urgencias económicas y principalmente políticas para la actual Administración, como son el pago de la deuda o el rescate a la Banca.

Exp. 4: «...evidentemente, si todos los recursos del país van a tener que acabar dedicándose a pagar intereses de la deuda, o van a tener que dedicarse a pagar o a cubrir el agujero de la banca, evidentemente la situación sería insostenible, pero para la sanidad y para cualquier otro aspecto del país».

Además de aumentar los recursos vía aumento de los ingresos del sistema sanitario, ven necesario resolver el principal problema de la sanidad pública y es la ineficiencia, vinculada según los expertos a determinados intereses económicos.

Exp. 2: «Uno, racionalizar la atención sanitaria. ¿Cómo? Pues, mejorando los sistemas de gestión, mejorando la manera de atención, mejorando la gestión clínica, etc., etc., esto entra en el mundo del management, de la eficiencia».

Exp. 4: «Si que el sistema tiene márgenes de eficiencia muy grandes, pero precisamente los márgenes que desde mi punto de vista son más grandes para mejorar la eficiencia tienen que ver con los intereses de corporaciones concretas, interesadas en medicalizar la sociedad, utilizar cada vez medios de diagnóstico y terapéuticos más complejos, más caros, y en muchas ocasiones menos necesarios».

En el segundo caso, entre los que consideran que el sistema es *insostenible*, la lógica subyacente es muy similar. El sistema es ineficiente, principalmente por la burocracia organizativa que lo rodea, y es necesario racionalizar el gasto y solventar las ineficiencias.

Exp. 3: «...hay que concentrar los recursos en aquello que es productivo, es productivo el médico, un farmacéutico, la enfermera, un celador, un quirófano, un técnico, y en los medicamentos que son simplemente instrumentos para mejorar y para prevenir, y todo lo que es la burocracia que rodea a cualquier servicio asistencial, sea el que sea, representa un coste, que es demasiado costoso».

No hay un planteamiento de aumento de los ingresos a partir de un mayor presupuesto, de la partida que el Estado dedica a este capítulo. Su planteamiento se basa más en una reducción del gasto en base a elementos innecesarios del sistema.

Exp. 3: «...lo que hay que analizar muy bien dónde, en la cadena de valor de la salud, dónde hay valor, y dónde simplemente hay coste que no añade valor, identificar esos puntos y minimizarlos en la medida de lo posible».

En parte se considera que el problema del sistema es relativamente independiente de la situación económica general, es un problema más estructural que coyuntural, y que una vuelta a una situación de bonanza económica no supone una recuperación de la sostenibilidad del sistema sanitario, que debe cambiar y según esta visión, no tiene vuelta atrás.

Exp. 3: «...el modelo actual no es sostenible, y con los cambios no volverá a ser como antes, por mucho que cambie la situación económica».

b. Regulación de los servicios que se prestan

El segundo mecanismo de sostenibilidad del sistema sanitario público sería regulando los servicios. Para los expertos que ponen el acento en este punto el origen de los problemas del sistema sanitario es la «gratuidad» del sistema. Este concepto de gratuidad pervierte las reglas del mercado y tiene como efecto directo la supra-utilización de los servicios por encima de su óptimo, el resultado «lógico» es el despilfarro, lo cual deprava el sistema. De esta forma el principal responsable, la carga de la prueba, recae en los ciudadanos en cuanto usuarios y sobretodo abusadores de los servicios. Esto convierte el sistema en insostenible por cuanto si no se regula el acceso al mismo, la demanda no dejará de crecer por su condición de gratuita. La solución que se plantea a esta situación es mejorar la cartera de servicios, eliminar prestaciones o servicios, o la instauración de un sistema de copago sanitario, que anula la perversión del sistema y consigue reponer las reglas del mercado.

En este discurso subyacen una serie de ideas que lo sostienen. Así, no se plantea la posibilidad de aumentar el gasto sanitario. Hay un techo, que es lo que un Estado se puede permitir gastar. Para explicarlo se argumenta que un Estado es igual que un hogar, y con esta metáfora se plantea la necesidad de otros servicios igualmente importantes que no pueden ser recortados igualmente, por lo que teniendo en cuenta que los ingresos no «pueden aumentar», hay que repartir los gastos, reordenar el gasto, y no queda «más remedio» que eliminar servicios antes prestados. En qué se gasta se considera un tema más político que económico, y por tanto es una decisión.

Exp. 1: «...hay un techo, que es lo que un país se puede permitir. Dentro de eso ¿cómo se reordena el gasto total? es un tema político» «...las pensiones no se pueden tocar,..., la educación no se puede tocar, la sanidad no se puede tocar, bueno, pues no sé».

Esta definición del gasto sanitario como una decisión política contrasta con la argumentación de que no hay «más remedio» que recortar el gasto. Al mismo tiempo se parte de una supuesta imposibilidad de seguir aumentando los impuestos, argumentando que la carga impositiva es muy elevada y que además la situación actual hace que la recaudación sea menor.

Exp. 1: «...el año pasado se subió el IRPF y no subió la recaudación» «...la vaca ya no tiene más leche» «...llega un momento en que no puedes exprimir más a la gente, tampoco puedes seguir endeudándote».

Y por último, se plantean también los derechos de las empresas privadas que según este discurso son las principales perjudicadas de la actual situación de insostenibilidad económica, ya que no reciben el pago por los servicios prestados.

Exp. 1: «...lo que no puede ser, es que se siga financiando el sistema sanitario a base de dejar de pagar facturas, o retrasar facturas y de deber a las compañías farmacéuticas miles de millones, por muy malas que sean las compañías farmacéuticas, ¿no?, al fin y al cabo son las que te dan los medicamentos».

c. Recaudación fiscal

El tercer mecanismo de sostenibilidad financiera es a través de la recaudación fiscal. Según este argumento, el principal problema de sostenibilidad del sistema sanitario está al margen del propio sistema, y es un problema global de la economía de nuestro país. Así, el problema es el fraude fiscal masivo, y los principales responsables son, bajo este punto de vista dobles, por un lado los grandes defraudadores, léase grandes empresarios que no pagan impuestos, y por otro lado, las clases dirigentes y políticas que no persiguen este fraude. Las clases asalariadas y las clases medias sostienen un sistema fiscal que no persigue, según este argumento, a las grandes empresas y a las clases profesionales, los grandes defraudadores.

Y en el mismo sentido que en el primer modelo, consideran que el sistema es sostenible, ya que lo que se dedica a sanidad en España es menor a la media de los países de nuestro entorno.

Exp. 2: «El gasto sanitario total y el gasto sanitario público, en términos de per cápita, en términos de porcentaje del PIB, los dos tipos de, es inferior a la media de países de la OCDE, es inferior a la media de los países de la eurozona» «...es que es falso decir que no es sostenible, no es una cuestión que podamos discutir, salvo que ignoremos los datos».

Si se solucionara el fraude fiscal habría margen para aumentar los recursos sanitarios, según esta tesis. La solución, bajo este prisma, es clara, la lucha manifiesta y sostenida contra el fraude fiscal, lo que supondría un aumento de los ingresos que pueden ser invertidos en sanidad.

Exp. 2: «El problema es que este país ha montado su Estado del bienestar en los ingresos que financian las clases medias y las clases asalariadas, y los ingresos extraordinarios originados por la burbuja inmobiliaria. Cuando la burbuja inmobiliaria ha estallado, esa ficción de que éramos un Estado moderno ha desaparecido. Pero el problema no está en que gastemos mucho en sanidad, ni en que gastemos mucho en educación, el problema está en que en este país sólo pagan impuestos los grupos asalariados y las clases medias, mientras el fraude fiscal, la desvergüenza fiscal es masiva, y se concentra en las clases profesionales y en las clases altas» «...la conclusión es fácil, el sistema sanitario público no es sostenible porque hay un grave problema ético y moral por parte de nuestros grupos directivos. Y es que no pagan impuestos. Y alguien tiene que decirlo, pero no lo dice casi nadie».

Resumen del diagnóstico de los expertos

Así, en resumen (tabla 3.2), los expertos basan su posición sobre la sostenibilidad o insostenibilidad del sistema sanitario en elementos diferentes. Según donde se ponga el punto de mira la conclusión a la que se llega será una u otra. Probablemente se puede mejorar la eficiencia de la administración sanitaria, seguramente hay personas que abusan del sistema sanitario, y existe un evidente fraude fiscal que merma los recursos públicos que podrían utilizarse para sanidad. Aquel elemento que cada experto pone encima de la mesa como el elemento clave, fundamental, determina el diagnóstico y la solución a un tema tan complejo.

Tabla 3.2. **Resumen de los mecanismos de sostenibilidad fiscal según los expertos entrevistados**

	Racionalización sanitaria	Regulando los servicios	Recaudación fiscal
Diagnóstico	Sostenible / Insostenible	Insostenible	Sostenible
Argumentos	<p>Sostenible: gastamos menos que los países de nuestro entorno pero hay mucho margen de eficiencia.</p> <p>Insostenible: independientemente de la situación actual, el modelo sanitario no puede seguir como estaba, por su ineficiencia.</p>	<p>Ceteris paribus la situación actual (el gasto sanitario no puede crecer más), el sistema sanitario es insostenible, lo que ahora se dedica a sanidad no cubre los gastos de sanidad.</p>	<p>Efecto marco (<i>framing effect</i>), no es sostenible si no se cambia la situación actual de fraude, pero los datos dicen que gastamos menos que los países de nuestro entorno, por lo que hay margen para aumentar el porcentaje de dinero que se destina a sanidad.</p>
Causa	Ineficacia o ineficiencia de la organización sanitaria.	La gratuidad pervierte el sistema y crea abuso.	El fraude fiscal masivo.
Principal responsable	La organización sanitaria, los gestores, los profesionales, etc.	Los usuarios, los abusadores, los despilfarradores.	Las grandes empresas y corporaciones por no pagar impuestos y la clase dirigente por no luchar contra este fraude fiscal.
Solución	Mejorar los sistemas de gestión. Racionalización de la administración, de la burocracia, de los servicios	Copago sanitario, eliminación de prestaciones, mejorar la cartera de servicios, etc.	Lucha contra el fraude fiscal.

Fuente: entrevista a expertos. IESA-CSIC (E-1208).

El modelo sanitario

capítulo **4**



El modelo sanitario

EN ESTE CAPÍTULO se van a tratar los principales elementos que definen un determinado sistema sanitario y que conforman un modelo de gestión.

Un modelo de gestión no es más que la definición de las prioridades de un sistema en función de los valores políticos que lo ponen en marcha y, en sentido general, expresa la definición de Estado que existe en un país. Así cuando decimos que el sistema sanitario español es universal, estamos definiendo un modelo de gestión que caracteriza una forma de entender los derechos ciudadanos y da sentido a una forma de Estado.

Para detallar un modelo de gestión sanitaria debemos definir dos elementos fundamentales, el modelo de financiación y el modelo de atención del sistema sanitario. El modelo de financiación responde a las preguntas de quién y cómo se debe financiar la sanidad (cuánto gastar, quién aportará los recursos necesarios y cómo se distribuirán). El modelo de atención responde fundamentalmente a las preguntas de qué población cubrirá el sistema (quién tendrá derecho) y qué elementos serán los cubiertos (prestaciones), así como los lugares y la forma en que se desarrollará la asistencia (cómo y dónde prestar los servicios sanitarios).

Bajo este prisma y definición de los modelos de gestión, se puede llegar a la configuración de cinco modelos, a modo de tipos ideales, tratando de simplificar la realidad para poder ejemplificarla. Estos, de forma muy breve, serían:

1. *Modelo universalista*. Este modelo se basa en una financiación pública procedente de lo recaudado a través de impuestos. Supone asimismo el acceso universal a los recursos sanitarios que se decide prestar (la cartera de servicios puede ser más o menos amplia pero para todos los ciudadanos en igualdad de condiciones). Los proveedores de los servicios sanitarios son públicos. El papel del Estado es fundamental en este tipo de modelo.
2. *Modelo de seguro social*. Este modelo se basa en una financiación de los empleados y las empresas que pagan un seguro. Estas aportaciones son gestionadas por organizaciones intermedias por lo general no gubernamentales. Los proveedores sanitarios son tanto públicos como privados, y pueden acceder a los servicios sanitarios las personas que han aportado y sus familias.
3. *Modelo de seguro privado o pluralista*. Es un modelo basado en el libre mercado y donde el Estado tienen un papel muy escaso de regulación pública. La salud se considera un bien individual, al que pueden acceder las personas a través del mercado, podrás comprar tantos servicios de salud como puedas pagar. Los prestadores de servicios sanitarios son fundamentalmente privados aunque puede existir algún prestador público.
4. *Modelo Asistencialista*. En este caso el Estado toma un papel paternalista en el cual brinda asistencia a las personas incapaces de asumir de forma individual el coste de los servicios sanitarios. Se trata de acciones focalizadas a grupos vulnerables. Es un modelo complementario a alguno de los dos anteriores.
5. *Modelo mixto o segmentado*. Incluye la participación en la financiación tanto de entidades públicas como privadas. Puede tener características de los modelos anteriores, atendiendo normalmente a distintos grupos sociales.

La Constitución Española de 1978 en su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud, y encomienda a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios. De igual forma, la carta magna, al diseñar la organización territorial del Estado establece que serán las comunidades autónomas las competentes en materia de sanidad, reservándose la potestad de desarrollar las bases regulativas y la coordinación general de la sanidad. Es decir, el sistema sanitario en España

es un sistema descentralizado, gestionado por las comunidades autónomas, aunque bajo el paraguas de la regulación estatal.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, estableció las bases del actual Sistema Nacional de Salud, y lo definió como un sistema de carácter público y basado en la universalidad y gratuidad del sistema, y de organización descentralizada. Posteriormente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, trató de mejorar la relación entre las distintas administraciones que tenían competencias en salud, además de incidir en elementos como la equidad, la calidad y participación como objetivos de actuación del Sistema Nacional de Salud. Esta norma incidía igualmente en «el aseguramiento universal y público por parte del Estado» (art. 2.b). Posteriormente, el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, introduce importantes modificaciones en estos principios rectores en cuanto a la universalidad y gratuidad del sistema sanitario.

En este capítulo se van a analizar las opiniones de los andaluces sobre los principios que han regido el Sistema Nacional de Salud hasta el momento. En primer lugar se observará la opinión de los andaluces sobre el principio de universalidad, es decir, su opinión sobre a quién debería atender el sistema sanitario. En segundo y tercer lugar se analizará la opinión de los entrevistados sobre quien debería gestionar el sistema, por un lado diferenciando entre gestión directa e indirecta, y por otro lado entre gestión centralizada y descentralizada. En cuarto lugar se analizarán los cambios que se han producido en los últimos tiempos en el sistema sanitario, en cuanto a los principios básicos que se han analizado anteriormente, y principalmente en cuanto al cambio hacia un modelo de aseguramiento sanitario.

4.1. Asistencia Sanitaria Universal

Como se ha indicado, el principio de universalidad de las prestaciones sanitarias ha estado en la base del Sistema Nacional de Salud en España desde su creación. Este principio se basa en tratar de no dejar fuera de la prestación a ningún ciudadano, con independencia de su condición de cotizante a la Seguridad Social o no, como ocurre en otros países de nuestro entorno. También suponía, hasta la reforma acontecida en abril de 2012 que las personas inmigrantes en situación

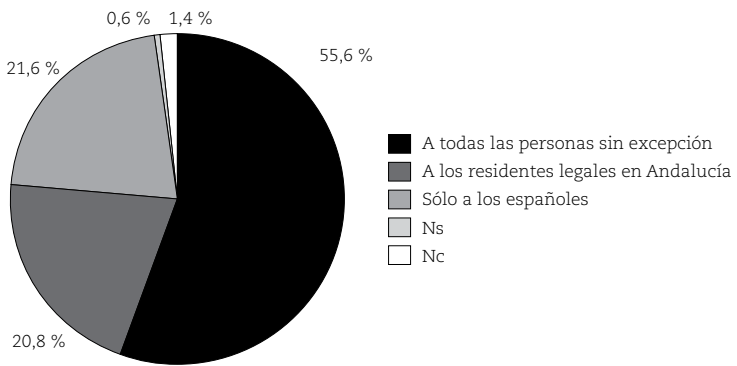
irregular, eran atendidas con las mismas garantías y de la misma forma que los ciudadanos de pleno derecho, por el simple hecho de estar empadronados en España, bajo el principio de solidaridad que permeaba toda la legislación sanitaria.

En este sentido, teniendo en cuenta la actual situación de crisis económica y las voces que, ya en el momento de la realización de nuestro estudio, apuntaban que el sistema sanitario público era insostenible, se les preguntó a los andaluces a quién creían ellos que debería atender el sistema sanitario público de Andalucía. Más de la mitad de los encuestados consideran que el sistema debe atender a todas las personas sin excepción, tal como se estaba realizando hasta el momento y antes de que entrara en vigor la nueva ley (que no había aparecido en el momento de realizar la encuesta). Destacar que si algo más de la mitad de los encuestados considera que no debe haber restricciones en el acceso a los servicios sanitarios, más de un 40 % de los andaluces consultados sí que creen que debería restringirse el acceso a las prestaciones sanitarias. Uno de cada cinco encuestados cree que sólo se debería atender a los residentes legales en Andalucía, es decir, excluirían a las personas en situación irregular, y otra quinta parte de los encuestados cree que sólo se debería atender a los españoles, con independencia de que los extranjeros que estén en nuestro país residan de forma legal o irregular (gráfico 4.1).

Las personas más jóvenes son las que en mayor medida creen que se debe atender a todas las personas sin excepción, considerándolo así tres de cada cinco entrevistados. El grupo de mediana edad, de 30 a 45 años, junto con las personas de más de 65 años, son las que consideran en mayor medida que el acceso a los servicios sanitarios debe restringirse y no ser universal, si bien hay que recordar que la mayoría en todos los grupos de edad considera que la prestación de servicios sanitarios debe ser universal (gráfico 4.2).

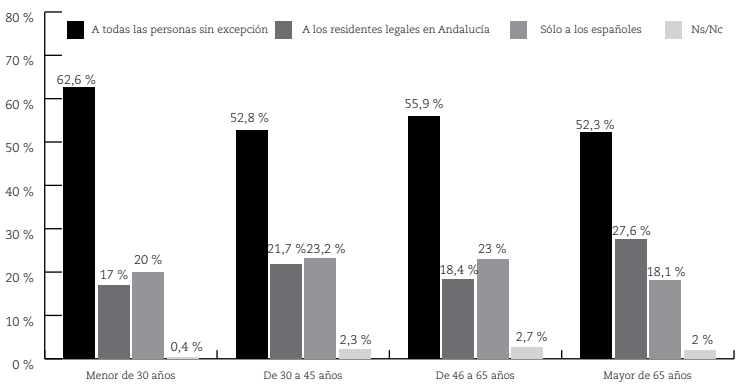
Como se puede observar en el gráfico 4.3, el partido político al que en unas hipotéticas próximas elecciones autonómicas votarían los encuestados incide en la visión sobre la universalidad de la prestación sanitaria. Así, los votantes de Izquierda Unida son, junto con los votantes de otros partidos minoritarios, los que consideran en mayor medida que los servicios sanitarios deben prestarse a todas las personas por igual, sin requisitos. En el lado opuesto, entre los que presentan un menor porcentaje de personas que creen que los servicios sanitarios deberían ser universales están los votantes del Partido Popular.

Gráfico 4.1. A quién cree el entrevistado que debe atender el sistema sanitario público de Andalucía



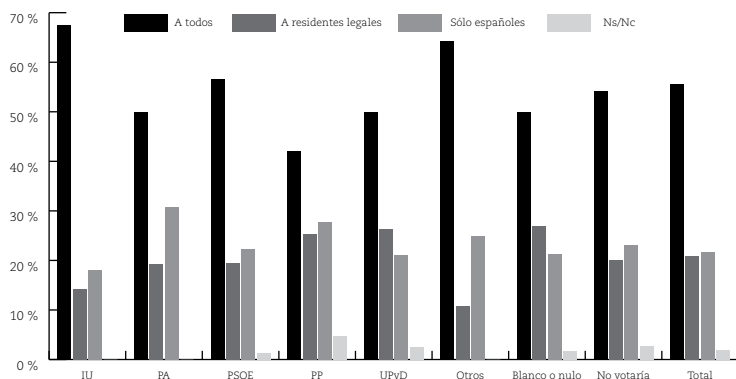
Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Gráfico 4.2. A quién cree el entrevistado que debe atender el sistema sanitario público de Andalucía según edad



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

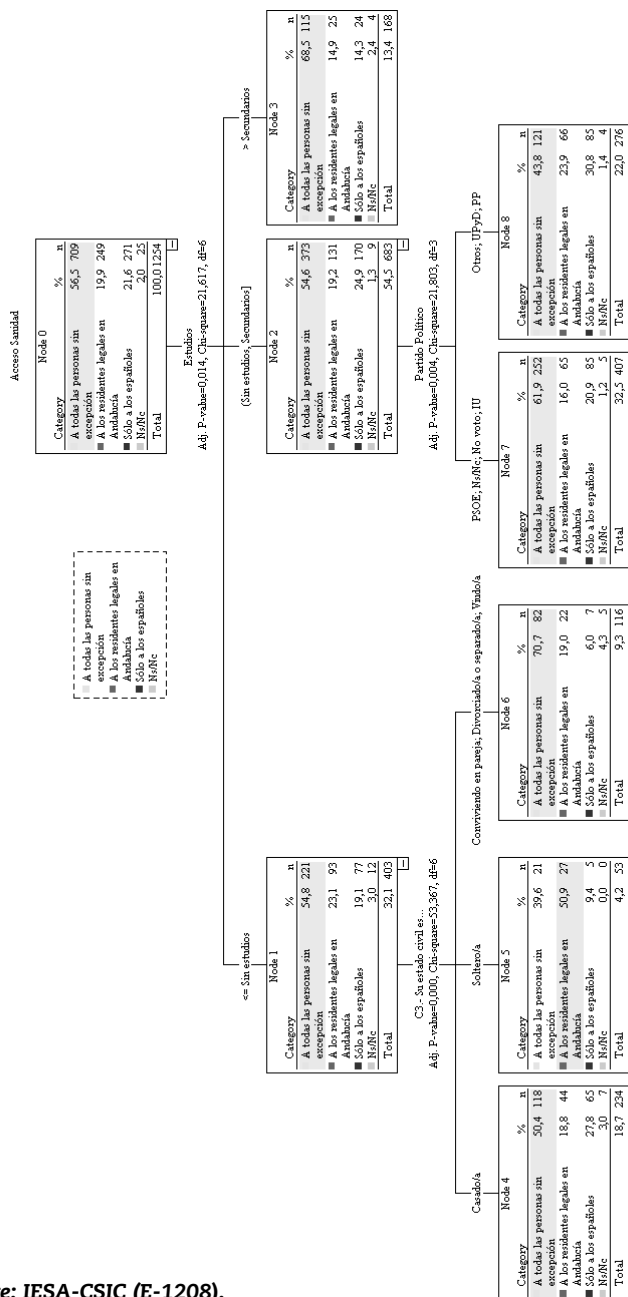
Gráfico 4.3. A quién cree el entrevistado que debe atender el sistema sanitario público de Andalucía según el partido al que votaría en las siguientes elecciones autonómicas



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Se ha realizado un análisis del perfil de los entrevistados según su respuesta a esta pregunta, es decir, si consideran que la asistencia sanitaria debe ser universal o restringida, ya sea a los residentes legales o sólo a los nacionales. La variable que más discrimina la diferencia de parecer a este respecto es el nivel educativo alcanzado por el entrevistado. Teniendo en cuenta sus estudios, su estado civil, el partido político al que votaría en unas próximas elecciones autonómicas, y el grupo de edad en el que se encuentre, se observa que los entrevistados que se muestran más a favor de un sistema universal, en el que no se restrinja el acceso a ninguna persona son aquellos ciudadanos sin estudios, que bien conviven en pareja, están divorciados o separados o bien son viudos/as. Entre este grupo se observa que dos de cada tres encuestados (casi un 71 %) cree en una sanidad universal. Otro grupo de personas con un alto porcentaje de apoyo a una sanidad universal es el formado por las personas con estudios universitarios, que indican esta opción en un 68,5 %. Entre las personas con estudios primarios o secundarios, con intención de votar al PSOE, a IU, no tener intención de votar, o no saber a quién se votará, también se observa un incremento del número de personas que creen que la sanidad debe ser universal, con respecto a los porcentajes alcanzados a nivel general.

Fuente: IESA-CSIC (E-1208).



Por otro lado, ser votante del PP, UPyD, u otros grupos minoritarios, y tener estudios medios (primaria y secundaria) supone aumentar de forma extraordinaria el porcentaje de personas que indican que la asistencia sanitaria en Andalucía sólo debería prestarse a los españoles (30,8 % nueve puntos porcentuales por encima que a nivel general). También aumenta el porcentaje de esta opción entre las personas de menos de 45 años, casados, y sin estudios, que creen que la sanidad sólo debería ser para los españoles en un 34,9 % (trece puntos más que a nivel general).

En cuanto a la opinión de que la sanidad pública sólo debería prestarse a las personas que residan legalmente en Andalucía, con independencia de su nacionalidad, el grupo con un mayor porcentaje es el de las personas sin estudios que permanecen solteras. Este grupo indica en un 50,9 % que esta sería la mejor opción.

4.2. Gestión pública

La asistencia sanitaria es una prestación pública, lo cual no quiere decir que necesariamente tenga que ser gestionada y/o suministrada por organismos públicos. El ser un servicio público conlleva una serie de características que nos recuerda Jordi Mas Sabaté (2000): la actividad que se desarrolla es propia de la Administración Pública, lo cual además hace a la administración responsable de dicha prestación, con independencia de quién la desarrolle, y la dota de una serie de garantías especiales, entre las que está el asegurar la ejecución regular y continua de la actividad, con una calidad estable y sin interrupciones, que debe ser desarrollado por una organización pública o por delegación, garantizando los principios de universalidad, equidad y solidaridad.

Ya en 1991, con el conocido Informe Abril, aparece como una de las medidas para mejorar la gestión de los servicios sanitarios el separar la financiación de la provisión de servicios, así como dotar a los hospitales y centros sanitarios públicos de formas de gestión privada. Estas medidas suponen que la gestión pública es menos eficiente que la gestión privada, y que por tanto debía cederse a estos últimos. Este proceso se conoce como «nueva gestión» sanitaria, que para algunos autores lo que hace es introducir la sanidad en el mercado (Martín-García y Sánchez-Bayle, 2004).

No ha sido ajena a la gestión de distintas administraciones, de diverso color político, la privatización de servicios públicos de diversa índole. No obstante, cuando se habla de los servicios sanitarios, no podemos

de momento hablar de privatización del servicio como tal, sino de privatización y/o externalización de la gestión de diversos servicios o prestaciones. No hay que confundir estas fórmulas de gestión privada con la privatización de servicios, proceso por el cual el Estado renuncia a la titularidad de la actividad. Conviene aclarar por tanto a qué se refiere la Administración cuando habla de externalización de servicios. La externalización (*outsourcing* en terminología anglosajona) «consiste en confiar a agentes externos a la organización parte de la producción o de los servicios, aquellos en los que el dominio no es óptimo, con el fin de mejorar la posición competitiva» (Mas Sabaté, 2000). La externalización consiste, como señala Sabaté, en «la transferencia a otra organización de una actividad, que o bien la ha venido realizando directamente la Administración Pública o bien considera necesario realizarla a partir de un momento dado, mediante un proceso competitivo que se formaliza en un acuerdo».

Si atendemos a la anterior definición se asume, en primer lugar que la Administración se declara incompetente para realizar la actividad que delega, y segundo, que se trata de una transferencia de competencias, y no una renuncia a la titularidad del servicio, por lo que con este proceso no se exime a la Administración de su responsabilidad ante los usuarios del servicio.

Dicha externalización parece haberse puesto «de moda» en los últimos años. Esto se debe entre otras cosas al contexto en el que la eficiencia económica se convierte en un valor casi prioritario, y en el que se da por supuesto, bajo una filosofía neoliberal, que cualquier gestión privada es más eficiente que cualquier gestión pública. De esta forma, casi todas las comunidades autónomas han llevado a cabo procesos de externalización de servicios sanitarios, aunque no de forma similar en cuanto a servicios externalizados o a extensión de la delegación de funciones. Tampoco en cuanto a las fórmulas utilizadas para dicha externalización. Todo ello hace difícil comparar los procesos de gestión privada o semi-pública de la sanidad en las distintas CC. AA. En ocasiones determinados centros hospitalarios utilizan la externalización para delegar la gestión de servicios no sanitarios u hosteleros como puedan ser los de limpieza, lavandería, alimentación, etc., o servicios muy concretos como determinadas pruebas médicas, mientras que en otros casos la externalización es completa y lo que se externaliza es la gestión completa de un centro hospitalario público, que pasa a ser gestionado en su totalidad por una empresa privada (este proceso es al que determinadas personas llaman «privatización encubierta»).

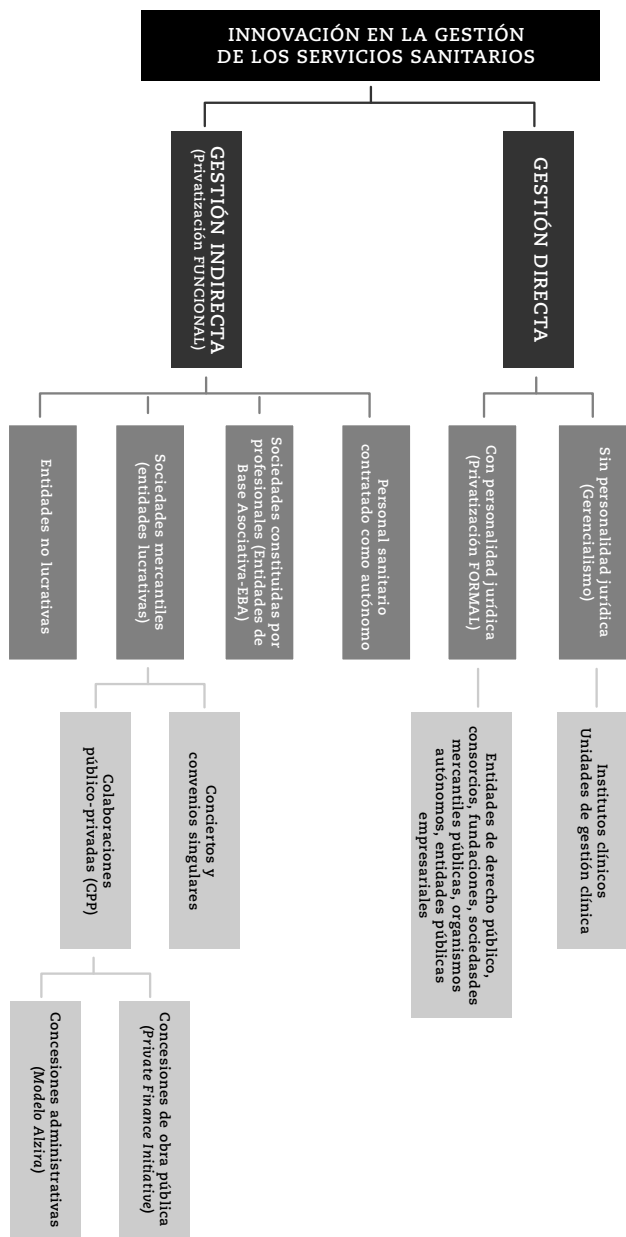
Las posibilidades de gestión son muchas: consorcios, sociedades estatales, fundaciones públicas sanitarias, concesiones, empresas públicas, etc. También han aparecido los llamados modelos mixtos de gestión público-privada, que mediante convenios o contratos de concesión de la administración competente, manteniendo la titularidad pública pero con personalidad jurídica propia, gestionan centros sanitarios de distinto tipo (aunque normalmente se trata de centros hospitalarios). Dichos centros están bajo el control de la Intervención General de la Seguridad Social y del Tribunal de Cuentas. Las modalidades son muchas, y el nivel de delegación de competencias, de externalización, e incluso de privatización, son bien diferentes, aunque en ocasiones interese tratarlos de forma semejante para encubrir las diferentes concepciones que de lo público tiene la Administración que los pone en marcha.

En el gráfico 4.5 se expone una clasificación realizada por Fernando I. Sánchez y colaboradores en 2013, en la que los autores diferencian entre privatización formal y funcional. No se va a profundizar en esta clasificación por no ser objeto de esta investigación.

No obstante, se va a ejemplificar con dos casos, la necesidad de ser claros al clasificar los modelos de gestión y no englobar dentro de la externalización cualquier delegación de funciones como si fueran semejantes. El primer caso es el del *Concierto*, a través del cual la Administración, cuando no tiene capacidad para realizar alguna actividad sanitaria, la desarrolla a través del concierto con un hospital privado. El segundo caso es el conocido como *Modelo Alzira* (en relación a la localidad valenciana donde surgió), que se trata de un centro hospitalario de titularidad y financiación pública pero de gestión completamente privada. Esta forma de gestión completamente privada supone la inclusión de criterios económicos en la atención médica, elemento que ha sido muy criticado por los detractores de este tipo de sistemas.

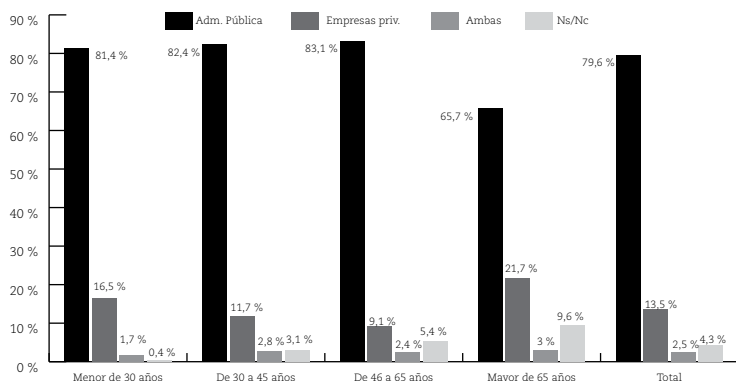
Sin tratar de introducir juicios de valor sobre las bondades o perversidades de las distintas fórmulas de gestión privada, público-privada, etc., un dato objetivo que parece común a la mayor parte de estas nuevas fórmulas de gestión (con excepciones) es la falta de una evaluación independiente que indique si realmente los objetivos por los cuales se pusieron en marcha han sido satisfechos, como si ocurre en otros países de nuestro entorno (Sánchez *et al.*, 2013). En dichos países, los estudios han puesto de relieve la inexistencia de evidencia de que la gestión privada sea más eficiente que la pública en el caso concreto de la gestión de servicios sanitarios.

Gráfico 4.5. Tipos de gestión de los servicios sanitarios



Fuente: Sánchez, Fernando I.; Abellán, José María y Oliva, Juan: Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional <<http://www.realinstitutoelcano.org/>>.

Gráfico 4.6. **Quién debería prestar los servicios sanitarios públicos según edad del entrevistado y total**



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

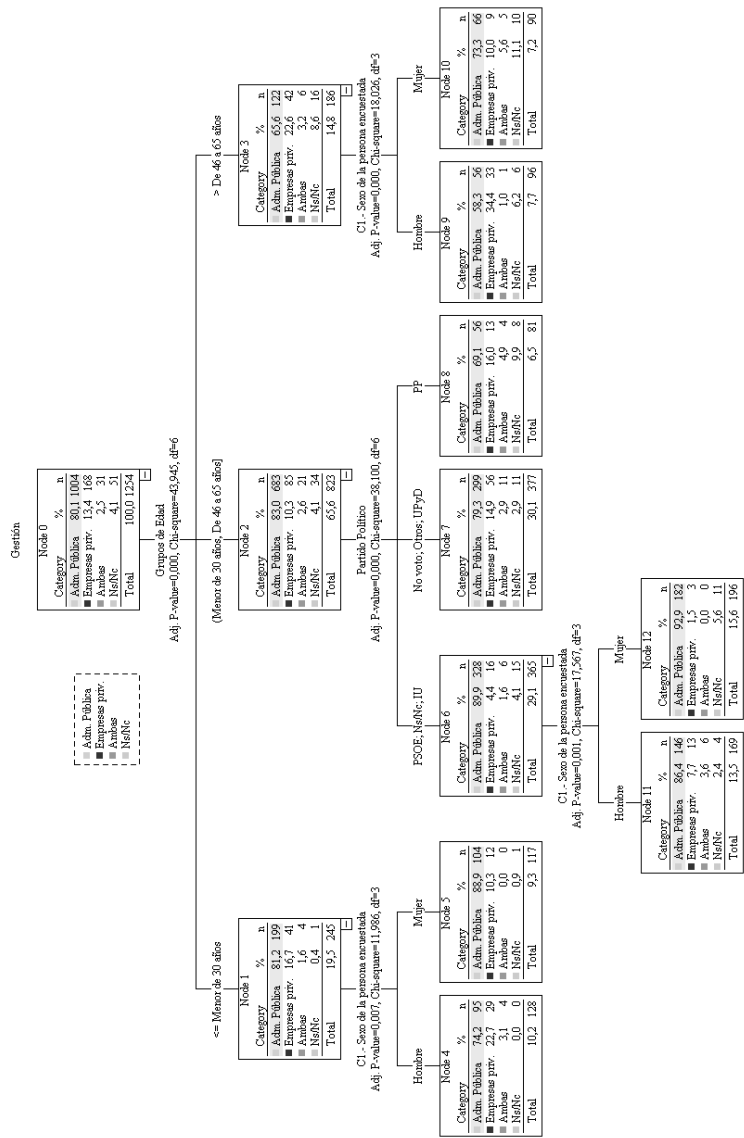
Opinión de los andaluces sobre la gestión pública sanitaria

Los ciudadanos no son ajenos al debate sobre la mejor o peor gestión de las empresas privadas con respecto a la gestión pública. En este sentido, preguntados los andaluces sobre quién debería prestar los servicios sanitarios públicos, una amplia mayoría, el 79,6 % considera que debe ser la propia Administración Pública. Frente a estos, un 13,4 % cree que deberían ser empresas privadas, y un 2,6 % cree que deberían ser tanto empresas privadas como la Administración Pública.

Son las personas de mayor edad las que en mayor medida, aunque no llegan ni a un cuarto, creen que deberían ser empresas privadas las encargadas de la prestación sanitaria pública.

A pesar de que el porcentaje de personas que cree que la sanidad debería ser prestada por empresas privadas es pequeño, se ha querido conocer el perfil que hace que este porcentaje aumente, es decir, quienes son principalmente los que piensan que una gestión privada es mejor que una gestión pública de la sanidad. La variable que más incide en pensar que las empresas privadas llevarían mejor la prestación de los servicios sanitarios es la edad, tal como se observó en el gráfico anterior.

Gráfico 4.7. Perfil de los entrevistados según su opinión sobre quién debería prestar los servicios sanitarios públicos (análisis de segmentación jerárquica)



Como se puede observar, ser hombre, mayor de 65 años supone aumentar en 21 puntos el porcentaje de personas que consideran que deberían gestionar los servicios sanitarios empresas privadas (el 34,4 % de este grupo así lo creen). Otro grupo con un porcentaje elevado en este punto es el formado por hombres menores de 30 años (22,7 %). Entre las personas con edades medias (entre 30 y 45 años), la variable que hace que se esté más a favor de una gestión privada es el partido político al que votaría en las próximas elecciones autonómicas. Así, aquellas personas que tienen intención de votar al Partido Popular, a UPyD, a otros grupos minoritarios, o no votar, están más a favor de una gestión privada que las personas que votarían al PSOE, a Izquierda Unida, o que no saben a quién votarían.

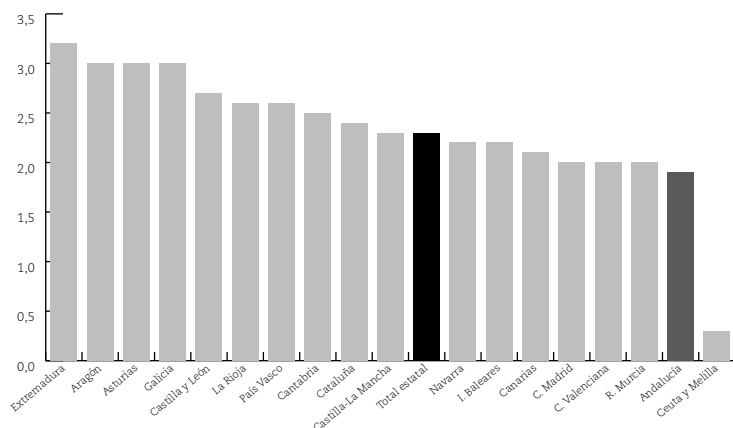
4.3. Gestión descentralizada

Como se ha indicado al inicio de este capítulo, el Estado, a pesar de que conserva ciertas competencias sanitarias, principalmente de regulación y control, ha delegado la atención y gestión de la sanidad en las CC. AA. Según la propia Ley 16/2003, el motivo de esta descentralización es que «la asunción de competencias por las comunidades autónomas constituye un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle, así, garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación».

Se acepta que la descentralización es «la transferencia de la autoridad y del poder de la planificación pública, la gestión y la toma de decisiones desde los niveles más altos a los más bajos de gobierno o usualmente desde niveles nacionales a regionales» (Rondinelli, 1981; Collins y Green, 1994; Milis, 1994, en Bankauskaite *et al.*, 2004). La descentralización es una estrategia que se ha seguido también en muchos sistemas europeos (Bankauskaite *et al.*, 2004). Esta se está expandiendo principalmente en los servicios de atención primaria. La descentralización que se ha llevado a cabo en España, respecto a las CC. AA., es una descentralización vertical territorial.

Esta forma de organización sanitaria territorial hace que el Sistema Nacional de Salud (SNS) esté fragmentado en 17 servicios de salud, con un tamaño desigual, distinta población, y en ocasiones con una atención distinta, no sólo en calidad y cantidad de servicios sanitarios (camas de hospital, centros sanitarios, número de profesionales, etc.), sino también en servicios y prestaciones ofrecidas (salud bucodental, salud mental, planificación familiar, etc.).

Gráfico 4.8. Número de camas en hospitales públicos por cada 1.000 habitantes según CC. AA.



Fuente: número de camas: INE. Observatorio Social de España. Año 2007. Población por CC. AA.: INE. Año 2008. En miles de personas.

Casi cualquier dato que se extraiga ejemplifica estas diferencias en la gestión sanitaria territorial. Así, por ejemplo, el número de camas en hospitales públicos per cápita, es decir, teniendo en cuenta la población a la que atiende el territorio, es desigual. En el año 2007 había aproximadamente unas 2,29 camas por cada 1.000 habitantes a nivel nacional, siendo así que la comunidad autónoma con mayor ratio de camas por cada 1.000 habitantes tenía 3,16, y la que menos, Andalucía, contaba con 1,86 camas por cada millar de habitantes.

Existe una cartera de servicios básicos que todas las CC. AA. deben ofrecer, pero a partir de ésta, cada C.A. puede complementar dicha cartera, por lo cual se producen desigualdades entre CC. AA. Uno de los objetivos explícitamente manifestados de la reforma sanitaria planteada por el Real Decreto-Ley 16/2012 era la convergencia entre las coberturas ofrecidas por las CC. AA. Este objetivo se concreta en el establecimiento de una tipología de servicios, o cartera común de servicios asistenciales, dividida en tres modalidades: cartera común básica, cartera común suplementaria, y cartera común de servicios accesorios. De estas tres modalidades, la primera incluye aquellos servicios que se consideran imprescindibles y que deben garantizarse, y por tanto son financiados por los presupuestos generales del Estado, a través de la transferencia a las CC. AA. en el apartado específico para sanidad. Las otras dos modalidades, dentro de la cartera

común, se consideran de menos transcendencia y se establece que estarán sujetas a aportación del usuario (aunque en el momento de escribir este texto no se ha puesto en marcha este tipo de copago). Además de la cartera de servicios comunes, se establece una cartera de servicios complementarios que son los que las CC. AA. podrán aprobar si cuentan con suficiencia financiera e informando al Consejo Interterritorial del SNS. No parece por tanto que las diferencias entre CC. AA., objetivo manifestado en la norma reformadora, sean por este medio eliminadas.

Opinión de los andaluces sobre la gestión sanitaria descentralizada

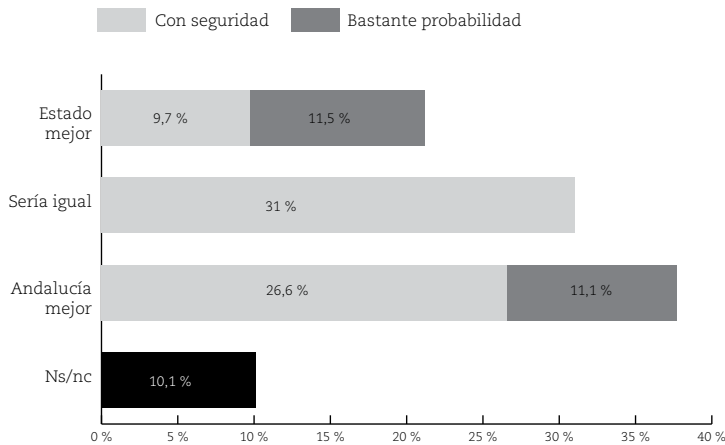
Ante este panorama, se ha preguntado a los andaluces si creen que el Estado gestionaría mejor los servicios que el gobierno de la comunidad autónoma andaluza, y si considera que hay diferencias entre CC. AA. en las prestaciones que son ofrecidas en cada organización territorial.

Concretamente, se ha preguntado a los ciudadanos andaluces si creen que si la sanidad dependiera del Estado, es decir, que su competencia no estuviera delegada a las CC. AA., su gestión sería mejor que la que realiza el gobierno andaluz. Para la mayor parte de los entrevistados la gestión estatal no sería mejor que la que realiza la administración andaluza (37,6 %), afirmándolo con toda seguridad el 26,6 % de ellos. Para casi uno de cada tres andaluces la gestión del Estado sería igual que la que realiza la Junta de Andalucía, y para el 21 % sería mejor la que pudiera realizar el Estado. Uno de cada diez entrevistados no sabría realizar esta comparación hipotética (gráfico 4.9).

Los jóvenes son los que en mayor medida creen que el Estado gestionaría mejor la sanidad, y los mayores de 65 años los que dicen no saber cómo lo haría el Estado en mayor porcentaje, como se puede observar en el gráfico 4.10.

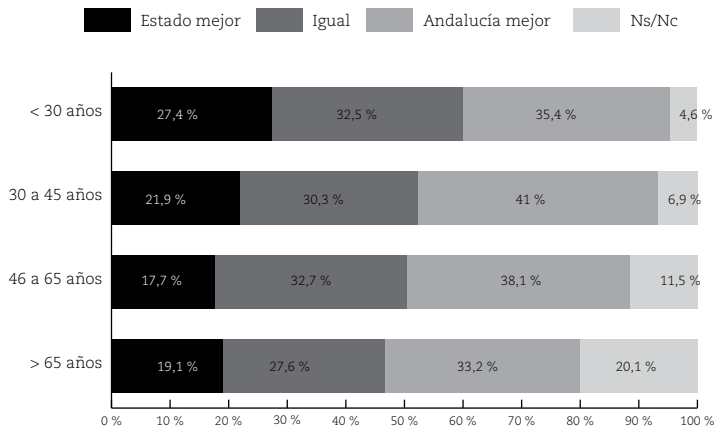
Otra característica que influye en la opinión de los encuestados respecto a la gestión mejor o peor de la administración andaluza respecto a la española es el partido al que votaría en las próximas elecciones autonómicas. Los andaluces más afines al Partido Popular son también los que creen en mayor medida que el Estado gestionaría mejor los servicios que la administración andaluza. Los que se posicionan a favor de la gestión andaluza por encima de la española son fundamentalmente los simpatizantes de Izquierda Unidad y del Partido Socialista (gráfico 4.11).

Gráfico 4.9. **Gestión estatal de la sanidad en relación con la gestión del gobierno andaluz para los entrevistados**



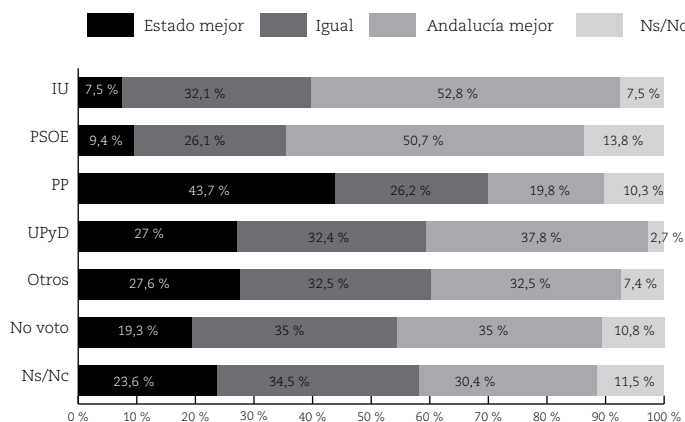
Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Gráfico 4.10. **Gestión estatal de la sanidad en relación con la gestión del gobierno andaluz según grupos de edad de los entrevistados**



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Gráfico 4.11. Gestión estatal de la sanidad en relación con la gestión del gobierno andaluz según partido al que votaría en las próximas elecciones autonómicas

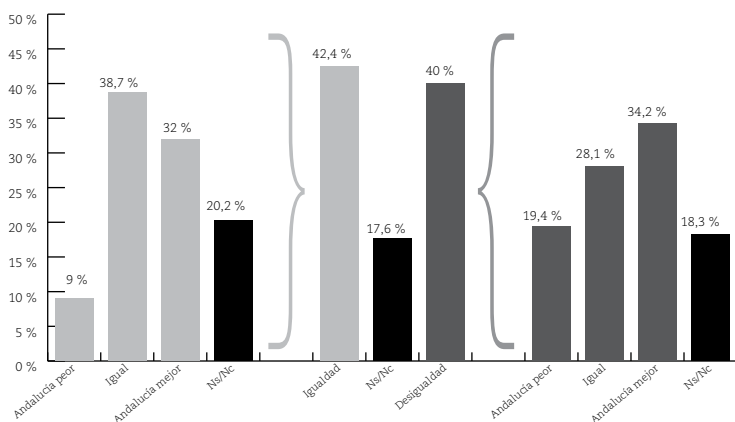


Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

La descentralización de la atención sanitaria ha tenido un efecto no controlado o esperado, que ha sido que muchos ciudadanos creen que no se reciben los mismos servicios en todas las CC. AA. Esta desigualdad territorial es observada por el 40 % de los entrevistados, frente a un 42,4 % que cree que no hay diferencias según CC. AA. y un 17,2 % que no sabría comparar los diferentes ámbitos para tomar una postura. Un 43,3 % creen que funciona «bien o muy bien», un 33,4 % cree que funciona «ni bien ni mal», y un 22,7 % cree que funciona «mal o muy mal». No obstante, cuando se compara con el resto de CC. AA., la asistencia sanitaria andaluza se considera en general o «mejor» (31,9 %) o «igual» (31,5 %) que en el resto de territorios, indicando sólo un 12,5 % que la sanidad en Andalucía está «peor» que en el resto de España.

En el gráfico 4.12 se puede observar la relación entre considerar que el sistema es igual para todos los ciudadanos con independencia de la CC. AA. donde se resida y la valoración de la sanidad andaluza en comparación con el resto de territorios españoles. Aquellos ciudadanos que creen que existe una evidente desigualdad en la atención recibida según la CC. AA. en la que se resida tienen una peor percepción de la sanidad andaluza en relación con el resto de territorios del esta-

Gráfico 4.12. Comparación de la sanidad pública andaluza con otras CC. AA. según si cree que los ciudadanos reciben los mismos servicios con independencia de la C.A. donde se resida



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

do español. Un 19,4 % creen que en Andalucía la asistencia sanitaria pública es peor en comparación al resto de comunidades autónomas. Este mismo porcentaje es del 9 % (más de diez puntos porcentuales de diferencia) entre aquellos que creen que los ciudadanos gozan de una asistencia igualitaria en las distintas zonas del país.

4.4. Cambios en el sistema sanitario

Bajo el paraguas de la crisis económica se han realizado una serie de reformas en algunos de los hasta ahora intocables pilares del Estado de bienestar, uno de ellos el cambio en el modelo sanitario español. Son muchas las voces que en la calle se han manifestado en contra de los distintos elementos de este cambio de modelo, ya sea los «recortes» presupuestarios, los «recortes» asistenciales, los «recortes» de derechos a determinados colectivos, los «recortes» de la gestión pública en pos de la privada, etc. Expondremos algunos de los principales cambios que se han producido, sabiendo que es posible que cuando se lea este texto han podido producirse novedades no recogidas, ya que la velocidad de las mismas es abrumadora y requiere de una actualización constante.

Se centrará este papel en dos elementos fundamentales, los recortes presupuestarios que se han producido en los últimos tiempos, y de forma principal en un elemento de gran importancia, el cambio del modelo asistencial que ha introducido la reforma sanitaria.

Recortes presupuestarios y asistenciales

A pesar de que la atención y gestión sanitaria es una competencia autonómica, viene condicionada necesariamente por los presupuestos de cada territorio, que revierte el Estado a través de su redistribución de la recaudación impositiva. Es por tanto un hecho que con independencia del partido político que gobierne en cada CC. AA., en prácticamente todas se han producido «ajustes» o «reducciones» presupuestarias, que cada administración ha gestionado de diferente forma.

Algunas de las reformas que más repercusión mediática han tenido han sido (*El País*, 16-2-2012):

- Eliminación de servicios sanitarios. Así, por ejemplo, se han reducido horas de consulta y servicios de urgencias en algunas zonas de Extremadura y Cantabria.
- Deslocalización de los profesionales. En algunos centros ambulatorios y hospitalarios de Castilla-La Mancha y de Murcia, un porcentaje de los profesionales médicos no realizan las horas de guardia en el centro, sino en su domicilio, con el móvil encendido, lo que supone un menor coste.
- Aumento de las listas de espera para operarse. La demora para operarse ha aumentado en España en los últimos años.
- Pago de fármacos y otros elementos de la prestación de servicios sanitarios. Los fármacos han subido para todos los ciudadanos, y principalmente para los jubilados y pensionistas que han pasado de obtenerlos de forma completamente gratuita a pagar un determinado porcentaje en la mayor parte de los casos. A esto se suma la eliminación de ciertos fármacos de uso común de la financiación pública, como los antitusivos, laxantes o mucolíticos. Además se cobran determinados elementos que antes se dispensaban de forma gratuita, como bolsas de orina y sondas, tiras de análisis de azúcar, transporte sanitario, prótesis, etc.

- Reducción de pruebas diagnósticas. Se han reducido algunas pruebas de cribado en determinados colectivos, como la de detección de cáncer de colon en Murcia, donde se ha reducido la franja de edad para la detección precoz.

Recortes de derechos a determinados colectivos

Una de las normas que ha incluido más modificaciones en el Sistema Nacional de Salud ha sido la publicada el día 24 de abril de 2012 en el Boletín Oficial del Estado: el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Este Real Decreto-Ley modifica principalmente otras normas¹⁰, y supone importantes modificaciones en cuanto al copago de medicamentos y productos sanitarios, la cartera de servicios y prestaciones, la ordenación de las profesiones sanitarias, la regulación del trabajo con células y tejidos humanos, etc. Y todas estas modificaciones bajo el mismo paraguas, conseguir la «sostenibilidad» y viabilidad del sistema sanitario.

En este apartado nos centraremos de forma prioritaria en el artículo 1, que modifica la Ley 16/2003, y que suponen un cambio en el modelo sanitario, que pasa de cubrir a «todos los españoles y extranjeros en el territorio nacional» a garantizar la asistencia sanitaria a «aquellas

10 Leyes que modifica el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud:

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
- Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria.
- Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.
- Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos.
- Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.

personas que ostenten la condición de asegurado». Junto a la figura del *asegurado*, vuelve la del beneficiario, como «aquella persona que sin tener garantizada por sí misma, puede acceder a las prestaciones sanitarias por su relación con el primero». Por último, también se establece un sistema, que se asemeja al de beneficencia, que cubre a personas sin recursos, con ciertos requisitos.

Para tener la condición de asegurado hay que cumplir una serie de criterios:

- a. Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.
- b. Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.
- c. Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas las prestaciones y el subsidio por desempleo.
- d. Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

La atención en Urgencias mantiene su condición universal y gratuita, y abarca a todos los colectivos que la necesiten, sean asegurados, beneficiarios o no. Si no ostenta la condición de asegurado ni de beneficiario, se puede obtener asistencia sanitaria mediante el pago de la prestación, o mediante la suscripción de un convenio especial.

De esta forma, se vincula afiliación a la Seguridad Social con la cobertura médica. Esto deja fuera de la prestación, ya sea como asegurado o beneficiario, a los ciudadanos europeos que hasta ahora por su sola condición de miembros de la Unión Europea podrían acudir a los servicios sanitarios. También cualquier extranjero que esté en situación irregular en España y a aquellos españoles y extranjeros que, siendo mayores de 26 años (estos pueden tener la condición de beneficiarios) no cumplan ninguno de los cuatro puntos establecidos para ser asegurado, y sus ingresos sean superiores al mínimo legal establecido para obtener la condición de asegurado por pocos ingresos.

Posteriormente, el 23 de diciembre de 2013 se excluye del derecho a asistencia sanitaria gratuita a un nuevo colectivo, a través de la Adición Final Cuarta de la Ley 22/2013 de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014, y que modifica la Ley General de la Seguridad Social. En esta adición lo que se modifica es los derechos de las prestaciones sanitarias para aquellas personas que no residan en territorio español por más de 90 días a lo largo de cada año natural. Es decir, aquellas personas que por cualquier motivo, laboral, de estudios, familiar, etc., permanezca por más de 90 días fuera del territorio nacional, perderán su derecho al acceso a los servicios sanitarios.

Resumiendo, el cambio de modelo sanitario, junto con la última reforma incluida en los Presupuestos Generales del Estado, excluye a determinados ciudadanos del derecho a recibir asistencia sanitaria. Estos serían principalmente los llamados turistas sanitarios (personas de países de la Unión Europea que «aprovechaban» las mayores coberturas sanitarias del sistema Español debido a los convenios de libre circulación de personas en territorio comunitario), los inmigrantes en situación irregular (y que por tanto no cotizan a la Seguridad Social), los menores de 26 años que tengan ingresos por encima del mínimo establecido pero no coticen, y las personas, con independencia de su nacionalidad, que residan fuera del territorio español por más de 90 días en un año natural.

Se comentará brevemente cada uno de los colectivos que desde estas reformas, han quedado excluidas del acceso gratuito a los servicios sanitarios públicos.

Turismo sanitario

Los medios de comunicación, incentivados en gran medida por determinados políticos, han puesto en ocasiones el acento en el abuso de algunos colectivos para venir a nuestro país a realizarse operaciones que en sus países son muy costosas y aquí resultan gratuitas, como elemento explicativo de la insostenibilidad del sistema. Este mensaje ha calado rápidamente en la población, que asume fácilmente un argumento tan identificable como el del *gorrón*. Se ejemplifica con el caso de un ciudadano alemán sin derecho a recibir de forma gratuita ciertas prestaciones sanitarias en su país, que viene a España, se empadrona, recibe dichas prestaciones o servicios en nuestro país, y a su vuelta, sigue recibiendo asistencia en Alemania, pero con cargo a España.

España ha suscrito los reglamentos y directrices de la Unión Europea sobre la protección de la seguridad social entre ciudadanos comunitarios y sobre libre circulación de personas en el territorio de los países miembros. Pero en el Real Decreto 240/2007, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la UE, no se incluyó de forma literal el artículo 7 de la Directiva 2004/38/CE, que regulaba las condiciones que debían cumplir los ciudadanos europeos para residir en otro Estado Miembro distinto del originario, por un periodo superior a tres meses. Este hecho «ha supuesto, y seguirá suponiendo si no se modifica, un grave perjuicio económico para España, especialmente en cuanto a la imposibilidad de garantizar los retornos de los gastos ocasionados por la prestación de servicios sanitarios y sociales a ciudadanos europeos».

Así, la Disposición final quinta del Real Decreto-ley 16/2012 recoge la modificación del Real Decreto 240/2007, en concreto, el artículo 7 sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre Espacio Económico Europeo (en adelante nos referiremos a ellos como ciudadanos europeos).

Esta disposición no sólo cambia los requisitos para que los ciudadanos europeos que antes accedían a la sanidad pública en las mismas condiciones que los españoles, puedan tener asistencia sanitaria, sino que va más allá y lo que regula es el derecho a residir en España. De esta forma se permite la residencia en territorio español a los ciudadanos de estos países, por un periodo superior a tres meses si cumplen alguno de los siguientes criterios:

1. Estar trabajando, por cuenta propia o ajena, o en situación de incapacidad temporal, o en paro involuntario e inscrito como demandante de empleo, con una serie de requisitos. Estos serán los únicos, junto con sus familiares que se especifican posteriormente, que, de nuevo vinculado a su condición de trabajador, y por tanto cotizante, tengan derecho a recibir asistencia sanitaria pública gratuita en España.
2. Disponer de recursos económicos suficientes para mantenerse a sí mismo y a su familia durante el periodo de residencia, de modo que no se convierta «en una carga para la asistencia social en España». No obstante, no se establece un importe fijo que determine lo que son «recursos económicos suficientes», ya que se tendrá en cuenta

la situación de los nacionales del Estado miembro, y en cualquier caso no superará el nivel de recursos por debajo del cual se concede asistencia social a los españoles o el importe de la pensión mínima de Seguridad Social. Además de tener recursos, y demostrarlo, deberá contratar un seguro de enfermedad que cubra todos sus riesgos en España. De esta forma, no cuentan con derecho a recibir asistencia sanitaria pública, sino que tienen derecho a residir en España durante un periodo superior a tres meses, pero deben contar con asistencia sanitaria privada, al contratar un seguro.

3. Estar estudiando en formación reglada. Al igual que en el caso anterior, no tienen derecho a recibir asistencia sanitaria pública y deberán contratar un seguro de enfermedad que cubra todos sus riesgos en España. Además, deberá aportar una declaración ante la autoridad competente de que posee recursos suficientes para sí y su familia para «no convertirse en una carga para la asistencia social del Estado español durante su residencia».
4. Ser miembro de la familia de una persona que cumpla alguno de los requisitos anteriores. A este respecto se considera miembro de la familia tan sólo el cónyuge o persona con relación análoga, y los hijos a su cargo.

Los ciudadanos europeos que se incluyen en esta disposición estarán asimismo obligados a solicitar su inscripción en el Registro Central de Extranjeros en el plazo de tres meses desde su entrada en España.

Como se puede ver, para evitar el llamado «turismo sanitario», y conseguir un posible ahorro económico con ello, no era necesario cambiar el artículo 3 de la Ley 16/2003, sino el Real Decreto 240/2007.

Inmigrantes en situación irregular

La mayor parte de los países europeos tienen normas bastante restrictivas sobre el acceso de los inmigrantes en situación irregular a los servicios sanitarios (González, 2012). A pesar de que no existe en Europa una norma común que regule los derechos de este colectivo en cuanto a la asistencia sanitaria que puedan necesitar, sí que se constata que en la mayoría de los países, según un estudio comparativo de 16 países de la Unión Europea (HUMA, 2010), «las leyes discriminan abiertamente a las personas inmigrantes sin permiso de residencia».

En España, que hasta hace poco atendía a cualquier persona que estuviera empadronada, sin importar su situación administrativa, a partir de la citada reforma excluye a los inmigrantes en situación irregular del acceso gratuito a los servicios asistenciales de salud. De los cambios en el modelo sanitario, este ha sido el que mayor repercusión mediática ha tenido, ya sea para valorarlo como algo positivo o como algo negativo. La valoración negativa de esta consecuencia de la reforma pone en el acento en la pérdida del principio de solidaridad que hasta ahora había caracterizado a nuestro sistema sanitario. Aquellos que valoran positivamente este cambio, que creen que «el sistema sanitario no puede ser un coladero de inmigrantes» (Alfonso Alonso, *ABC*, 24-10-2012) o que ha influido en el fomento del efecto llamada, poniendo como ejemplo que «España está pagando la sanidad de los rumanos que han vuelto a su país» (Juan Ignacio Echániz, *RTVE*, 24-4-2012), o la propia Ministra de Sanidad con frases como «la tarjeta le corresponde a los españoles» (Ana Mato, *Público*, 24-4-2012).

A partir de la reforma, los inmigrantes en situación irregular sólo podrán tener acceso a la asistencia sanitaria gratuita en cinco supuestos:

1. en caso de urgencia o accidente;
2. en caso de embarazo, parto y postparto;
3. menores de edad;
4. personas solicitantes de protección internacional; y
5. víctimas de trata de seres humanos en periodo de restablecimiento y reflexión.

En el resto de situaciones, una persona extranjera que no esté en situación regular en España podrá acudir a los servicios sanitarios pero deberá abonar el servicio recibido. En esta situación se encontrarían, según datos el gobierno, unos 873.000 inmigrantes (La Moncloa, 2013).

El Real Decreto-Ley indica que se establecerán unos «convenios especiales» para regular el acceso de los inmigrantes al sistema sanitario mediante el pago de una cantidad y otros requisitos administrativos (empadronamiento), que han sido establecidos en la Orden SSI/1475/2014, de 29 de julio, publicado en el BOE de 6 de agosto de 2014.

La aplicación de la nueva normativa no ha sido homogénea en todas las CC. AA. Algunas han seguido la norma restringiendo el acceso de los inmigrantes en situación irregular, en ocasiones con una interpre-

tación más restrictiva que la de la propia ley, documentándose casos en los que tras atender a una persona con estas condiciones administrativas en urgencias, se ha emitido carta de pago, cuando la atención de este servicio sigue siendo gratuita (Amnistía Internacional, 2013). Otras comunidades autónomas han decidido negarse a excluir a este colectivo del acceso a los servicios sanitarios (entre ellas Andalucía, Asturias, Cataluña, País Vasco, Navarra y Galicia), y bien han articulado vías alternativas para este colectivo (Asturias, Cataluña, y Galicia), o bien han elaborado una legislación propia que recoja dicho derecho (País Vasco y Navarra). También se han presentado recursos de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional por parte de Andalucía, Asturias, Cataluña y País Vasco. Así, como se ha indicado, la aplicación de la reforma sanitaria ha sido dispar, no sólo por la interpretación y/o obediencia que cada territorio ha decidido aplicar, sino también dentro de un mismo territorio, se han observado discrepancias entre centros y hospitales que, al no contar con normas claras de cumplimiento (hasta hace poco no se ha desarrollado la normativa reguladora), han interpretado de forma diferente la nueva legislación (Amnistía Internacional, 2013).

Espanoles no cotizantes residentes en España

Otro colectivo afectado por la reforma y que supone su exclusión en el acceso gratuito a los servicios sanitarios públicos son los españoles mayores de 26 años que no coticen y que no puedan demostrar que no tienen recursos: «que no superen el límite de ingresos determinados reglamentariamente», y que residen en España.

Estas personas deberán formalizar un convenio especial, una especie de seguro privado, cuyo coste según diversas informaciones se especulaba que sería de 710 euros para los menores de 65 años y de 1.864 euros para los mayores de esa edad (*Cinco Días*, 8-8-2012). Según las declaraciones de Ana Mato estos convenios deberán ser suscritos tan sólo por personas que sin cotizar, tengan recursos superiores a los 100.000 euros al año (teniendo en cuenta los rendimientos del trabajo, del capital, de actividades económicas y ganancias patrimoniales), es decir, lo que popularmente se conocen como «rentistas». En agosto de 2014 se publicó definitivamente el coste final del convenio especial para las personas que no tienen la condición de asegurado ni de beneficiario del Sistema Nacional de Salud, y ha quedado fijado en una cuota mensual de 60 € para menores de 65 años (720 € al año), y

de 157 € mensuales para personas de 65 años o más (1.884 € al año). El resto de personas se considerarán sin recursos y podrán pedir ser beneficiarios de asistencia sanitaria por su condición de persona sin recursos (*Redacción Médica*, 14-6-2012).

Si finalmente el límite se establece en estos 100.000 euros al año (en la Orden de 6 de agosto no se menciona este caso en concreto), como se ha indicado en algún medio de comunicación, el porcentaje de personas que quedarían excluidas es irrisorio, pudiéndose acoger la mayoría de los no cotizantes a la condición de persona sin recursos. Según la encuesta de condiciones de vida para el año 2012 (INE, 2012), los ingresos medios anuales de los hogares españoles en 2011 eran de aproximadamente 24.600 euros, y según la Encuesta de Presupuestos Familiares, tan sólo el 2,29 % de la población indica que en su hogar tienen ingresos superiores a los 5.000 euros al mes (lo que tampoco garantiza ni de lejos que superen el máximo establecido para no tener derecho a sanidad por razón económica).

No residentes en España por más de 90 días

Con la reforma de la Ley General de la Seguridad Social realizada el 23 de diciembre de 2013 se excluye del derecho a asistencia sanitaria gratuita a un nuevo colectivo, aquellas personas que no residan en territorio español por más de 90 días a lo largo de cada año natural.

Estas personas podrán ser tanto nacionales como extranjeras con permiso de residencia en España, pero que viajen a otro país, ya sea del Espacio Europeo Común, en el que hay libertad de movimientos, como a otro país distinto.

Los jóvenes españoles, un colectivo gravemente afectado por la crisis económica y por el paro, han emprendido en muchos casos el difícil camino de la emigración para o bien conseguir un trabajo, o ampliar sus estudios, aprender idiomas, etc., todo ello pensando en muchos casos que esta forma de exilio podría ser una oportunidad de mejorar sus condiciones laborales futuras. Según estimaciones, alrededor de 300.000 jóvenes españoles han abandonado España desde 2008 hasta 2011 (UNRIC, 2014). A esto hay que añadir que según un estudio de Randstad, el 65 % de los profesionales de entre 18 y 24 años estaría dispuesto a emigrar si tuviese un puesto de trabajo (*The Huffington Post*, 2013).

Pero no sólo los jóvenes abandonan el país. El saldo migratorio (la diferencia entre las personas que salen del país y las que entran en él) es negativo desde hace algún tiempo. Según el INE, el saldo es negativo en 124.915 personas en 2012, de las cuales, la mayoría eran de origen extranjero, y unos 40.000 eran de origen español. Muchos son jóvenes, pero otros no tanto, y la mayor parte salen del país por motivos laborales (búsqueda de trabajo o acceso a un empleo).

Es decir, aquellas personas que por cualquier motivo, laboral, de estudios, familiar, etc., permanezcan por más de 90 días fuera del territorio nacional, perderán su derecho al acceso a los servicios sanitarios. Las personas que han salido del país en busca de un empleo, por ejemplo, encuentren dicho empleo o no, si deciden volver a España se encontrarán con una realidad, ya no disponen de prestación sanitaria pública gratuita.

4.5. En resumen

Hablar de modelo de gestión es definir qué sistema sanitario decide una sociedad otorgarse a sí misma, a través de sus poderes públicos. A mediados de los años 80 España decide que su modelo sanitario se basará en varios pilares, será un sistema público, universal y gratuito, a lo que añade su vocación de calidad y su gestión descentralizada. Y con estas bases se ha ido andando hasta la actualidad, un camino en el que, si bien seguro que se encuentran deficiencias y elementos de mejora, como no podría ser de otra forma, también se ha conseguido un sistema sanitario elogiado por los organismos internacionales y estudiado por algunos países de nuestro entorno como ejemplo de sistema eficiente. A pesar de ello hoy se plantean grandes retos a los principios vertebradores de este modelo sanitario.

Un elemento de debate del modelo sanitario actual se basa en si la gestión sanitaria debería ser pública o privada. Los andaluces creen en su mayoría que la sanidad debe ser gestionada por la administración pública, no asumiendo de ninguna forma la premisa por la cual todo lo privado se gestiona mejor que lo público.

Y en el mismo sentido se posicionan cuando se trata de la descentralización de la gestión sanitaria, dando los andaluces su respaldo a la gestión andaluza. No desean los ciudadanos «devolver» la competencia sanitaria al Estado, a pesar de lo cual sí que creen que existe una

desigual asistencia según la comunidad autónoma en la que se viva. No obstante, vivir en Andalucía supone para ellos tener o una sanidad igual al resto, o incluso mejor.

La sanidad, con vocación de universalidad (siempre ha sido una vocación ya que ha sido difícil llegar al 100 % de la población), ha perdido gran parte de este principio al regular que determinados colectivos (residentes europeos, inmigrantes en situación irregular, no cotizantes de alta renta, y españoles que residan fuera de España durante más de 90 días) dejan de tener acceso al sistema sanitario. Este cambio normativo no está en consonancia con las preferencias ciudadanas que dejan claro que creen mayoritariamente que el acceso a la sanidad no debe dejar fuera a ningún colectivo. A pesar de ello, aunque mayoritariamente los ciudadanos se muestran solidarios con el acceso a la sanidad, otro porcentaje nada desdeñable, el 40 %, cree que se debe restringir el acceso a ciertos colectivos.

Copago sanitario

capítulo **5**



Copago sanitario

ABORDAMOS EN ESTE capítulo el objetivo principal de esta investigación, el copago en los servicios sanitarios públicos. Para ello en primer lugar se analizará el debate en torno al copago, un debate cuyas aportaciones vienen de diferentes ámbitos y que no es nuevo, bien al contrario aparece de forma recurrente en los medios de comunicación y en palabras de determinados dirigentes políticos desde hace varias décadas; no obstante, el tratarlo como algo nuevo tiene probablemente su base en la superficialidad con la que se suele abordar en esos ámbitos el tema y en la poca presencia en el debate de conocimiento científico contrastable. Para comenzar en esta tarea se ofrecerá una definición sobre el copago sanitario, en un intento de clarificar el debate existente; se indicarán cuáles son sus objetivos «teóricos», es decir, que se conseguiría según la teoría económica con esta tasa; se explicarán cuáles son los tipos de copago sanitarios más utilizados y las ventajas e inconvenientes que más se han invocado como argumentos a favor o en contra de este sistema de financiación suplementaria. En segundo lugar, se analizarán brevemente los distintos sistemas de copago que existen en los países de nuestro entorno, en cada uno de los niveles asistenciales. En tercer lugar, se abordará la estrecha relación existente entre salud y equidad, y cómo el copago puede afectar a esta ya de por sí frágil relación. El cuarto epígrafe ofrecerá la visión de los expertos entrevistados por este grupo de investigación sobre los nudos gordianos del copago desde la perspectiva de la economía de la salud y desde la perspectiva de la gestión sanitaria. En quinto lugar, se abordará la perspectiva ciudadana, sobre la base empírica de los resultados de la encuesta realizada al efecto a los andaluces en septiembre de 2012, centrándose en el análisis de aquellas preguntas que trataban más di-

rectamente sobre copago y mostrando los perfiles sociodemográficos de los entrevistados según su posicionamiento respecto a la necesidad o no de instaurar copagos sanitarios en el actual sistema sanitario. En el epígrafe sexto de este capítulo se tratará el copago de medicamentos, de forma diferenciada, por cuanto es el más extendido de los que, por ahora, están implantados en nuestro país, aportando datos sobre el consumo de medicamentos en España, explicando brevemente los cambios que este tipo de copago ha sufrido en la última reforma, mostrando la opinión de los ciudadanos sobre este nuevo copago y, por último, indicando la opinión de los expertos a este respecto. El último epígrafe del capítulo, el séptimo, estará dedicado a la visión que los andaluces y los expertos tienen del ciudadano como abusador de los servicios sanitarios, debido a la estrecha vinculación que se ha establecido discursivamente entre este supuesto fenómeno y el establecimiento del copago sanitario.

5.1. El copago a debate

Aunque el copago sanitario ha ocupado cierto espacio en los medios de comunicación de forma reciente y se ha presentado las más de las veces como la solución a todos los problemas de sostenibilidad económica de la sanidad pública, lo cierto es que el debate sobre la necesidad o no de instaurar un sistema de copago sanitario en nuestro país lleva entrando y saliendo de la agenda pública desde hace más de 20 años. En 1991, con la publicación del Informe Abril, se abre un eterno debate sobre la sostenibilidad del sistema sanitario y se plantea por primera vez explícitamente el copago como una posible medida de cofinanciación y, al mismo tiempo, como forma de disuadir a los usuarios de un consumo innecesario, considerando que «los usuarios deberían participar en el pago de los servicios, que en principio serán casi simbólicos» (Cabo, 2010; OPS, 2010; Acta del Congreso, 1990).

Este debate resurge cada cierto tiempo y se ha convertido en un «arma arrojadiza» que se lanzan unos partidos a otros, una amenaza que siempre imponen los adversarios, y que supone uno de los elementos más encendidos del debate político sobre el desmantelamiento del Estado de bienestar. Hasta fechas actuales el resurgir del tema no dependía tanto de la ideología política como de encontrarse o no en el Gobierno en el momento de recuperarlo implícita o explícitamente como posible solución o ayuda al sostenimiento del sistema. En su día, Leire Pajín, ministra de Sanidad en la última legislatura del Partido

Socialista, declaró que el copago estaba en estudio, aunque posteriormente lo desmintió (Maestro, 2011). Declaraciones similares podemos encontrar en las filas del Partido Popular en otros momentos.

No obstante, el copago ya existe en España en el ámbito sanitario, aunque por ahora, casi exclusivamente en los productos farmacéuticos, a los que dedicaremos un apartado concreto.

¿Qué se entiende por copago sanitario?

El término copago no viene recogido en la Real Academia de la Lengua Española. No obstante, es de uso común y podemos encontrar referencias en medios de comunicación visuales y escritos, en discursos políticos, en tratados de economía, en artículos de opinión y artículos científicos. Se podría decir que el término ha sido construido por cada uno de estos medios, aunque carezcamos de una definición «formal» y reconocida por la institución que decide qué es y que no es correcto en nuestra lengua.

Una revisión de las diferentes definiciones que son recogidas por medios científicos u otros más divulgativos, permite observar como en algunas de las definiciones o explicaciones sobre este concepto se entremezclan valoraciones ideológicas junto con explicaciones económicas, políticas o sociales del término. Repasaremos algunas de ellas a modo de ejemplo. Angels Martínez Castells (Raventós, 2010) claramente en contra del copago lo define como «una medida que representa de hecho un nuevo impuesto o tasa sobre la enfermedad, con el pretexto de contribuir a reducir el déficit de la sanidad y moderar la demanda». Sin valoración sobre el mismo, pero poniendo el acento en la distribución contributiva de los individuos, para Repullo Labrador (2009), «técnicamente, los costes compartidos (*cost-sharing*), a los que coloquialmente llamamos copagos, suponen desplazar costes asistenciales desde los contribuyentes (individuos asegurados) a los usuarios (pacientes)».

Mucho más *técnico* se muestra Moreno Millán (2007) que considera que: «en el caso sanitario es la participación del paciente en el coste del servicio durante la prestación». Por su parte Carbonero (2010) indica que «el copago o ticket moderador se basa en la aportación directa por parte de los usuarios de parte del coste que supone la medicación prescrita para ellos, las pruebas diagnósticas o la asistencia sanitaria».

Por su parte, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc, 2010), define el copago como «la participación directa del paciente en parte del coste de los servicios sanitarios en el momento de utilizarlos». Si se analiza despacio esta última definición, que por su sencillez, completitud y acuerdo entre los expertos, es la que adoptamos en este trabajo, se observa que implica las siguientes características:

- *Participación directa del paciente*: el paciente, al acudir a un determinado servicio sanitario paga una parte del coste. Se diferencia así del pago mediante impuestos que correspondería a la participación indirecta del ciudadano en el pago de la sanidad, sea o no paciente. Así, según esta definición, el llamado «céntimo sanitario» no debe considerarse una forma de copago, por cuanto es una recaudación a través de impuestos indirectos y no se vincula su pago con la prestación del servicio sanitario.
- *Parte del coste de los servicios sanitarios*: es un pago vinculado al coste real del servicio. Según esta definición, el objetivo del copago sería contribuir a los costes reales de una parte de este servicio, desvinculándolo de aquellos que indican que su objetivo es evitar el abuso. Esta visión de pagar una parte del coste de los servicios es lo que ha llevado a algunas personas a denominar a este sistema «re-pago» entendiendo que los ciudadanos pagan los servicios sanitarios en su totalidad, y los pacientes (que también son ciudadanos) vuelven a pagar un nuevo coste.
- *En el momento de utilizarlos*: esta visión temporal, que vincula acto sanitario y cobro, asemeja el servicio sanitario a cualquier servicio privado en el que se paga en el momento de contratar y/o utilizar. Es una forma de asimilar pacientes a clientes.

La mayor parte de las definiciones señaladas identifican el concepto *copago* con el de *copago sanitario*, a pesar de que el copago como tal, existe en otros ámbitos de la Administración Pública. A lo largo de las siguientes páginas también deberá el lector entender que las referencias a este concepto están en relación con el ámbito sanitario.

Por otro lado, no deja de ser interesante constatar las diferentes denominaciones que se utilizan para referirse a un mismo concepto. Así, algunos autores evitan la palabra copago, para introducir nomenclaturas no exentas de una clara visión ideológica o teórica concreta. Entre

estos términos podemos encontrar por ejemplo la expresión «corresponsabilidad individual» o «corresponsabilidad financiera individual» para referirse a la participación del usuario en el coste de los servicios sanitarios y los medicamentos (Puig-Junoy J., 2007). Este mismo autor en la misma línea sostiene conceptos como «subvención al consumo» refiriéndose a la parte que el paciente no paga del servicio y es sufragada por el Estado. No obstante, no suele utilizarse este lenguaje en el ámbito de otros servicios públicos en los que el ciudadano paga por su uso o consumo, como pueda ser el transporte, el agua, etc.

También es muy utilizado el concepto *Tique moderador* que conlleva necesariamente una pregunta ¿moderador de qué? En el caso anterior, se llama a que los ciudadanos se «responsabilicen» del uso de los servicios públicos, mientras que este concepto nos lleva a asumir que el ciudadano no va a ser responsable y debe *castigarse* un mal uso, y por tanto *moderar* este posible abuso.

En el lado contrario están los que indican que no se debe llamar copago al pago de un servicio sanitario en el momento de su uso o compra, sino *re-pago*, por cuanto al ser el sistema sanitario financiado con los impuestos de los ciudadanos, ya es pagado por estos, de forma que se trataría de un doble pago de los servicios.

Con uno u otro nombre, finalmente todas las definiciones responden a un mismo hecho, no obstante el lenguaje no es inocente y es interesante analizar qué visión hay detrás de cada uso.

Objetivos del copago sanitario

Los objetivos teóricos que tratan de sostener una posible implantación de copago son fundamentalmente dos: «contener la utilización de los servicios y conseguir una fuente adicional de financiación» (San Segundo, 2004), aunque podríamos añadir un tercero cada vez más en boga en el discurso político «la concienciación del usuario o reeducación ciudadana». Analicemos cada uno de estos objetivos:

- 1 *Contener la utilización de los servicios.* Esto es, reducir la demanda para reducir gasto, es decir, suponiendo que los pacientes, al tener que pagar una parte de los servicios sanitarios, inhibirán su consumo y, por tanto, se ahorrará. En este sentido el objetivo del copago sería disuasorio.

- 2 *Conseguir una fuente adicional de financiación.* En este caso el objetivo es financiero, conseguir recaudar fondos adicionales, ingresar una parte del coste del servicio por esta vía.
- 3 *Concienciar al usuario, educar.* Se trata de un argumento pedagógico-actitudinal. Se parte del supuesto de que las personas en general no valoran aquello que se ofrece de forma *gratuita*, y que al darle un valor monetario directo, los ciudadanos serán más conscientes del precio real de los servicios y por tanto los valorarán más y tenderán a evitar su mal uso. El Estado se convierte en educador, el copago en el medio o herramienta para dicho adiestramiento, y el ciudadano en usuario o cliente de natural abusador.

No obstante, el copago no puede tener como objetivo ser la principal fuente de financiación del sistema sanitario (Puig-Junoy, 2007), sino más bien alcanzar un papel «moderador» en el exceso de consumo. El argumento de utilización del copago como medio de *disciplinar* a la población es el más utilizado y, además, el que ha calado de forma más *efectiva* en el discurso social.

Tipos de copago sanitario

Existen muchas modalidades de copago, al menos en la teoría (asociadas al consumo, al simple derecho de uso, franquicias, etc.). También existen diferencias respecto a la aportación realizada por el ciudadano, que puede ir desde un porcentaje del coste real del servicio, hasta una cantidad fija, o bien formas mixtas que incluyan el pago de un porcentaje del coste más una cuantía fija. De esta forma, según la característica que se tenga en cuenta se distinguen diferentes formas o tipos de copago, que se pueden resumir en las siguientes:

- 1 *Según los servicios sobre los que se aplica* el copago se diferencia entre: copago en atención primaria (por acudir al médico de familia, pediatra, o servicios de enfermería), en atención hospitalaria (por acudir a urgencias, por días de hospitalización, por la comida o ropa de la habitación, etc.), en atención especializada (en consultas externas hospitalaria de especialistas, por pruebas médicas, etc.), en servicios adyacentes (transporte sanitario, prótesis, etc.), y copago sobre farmacia extra hospitalaria (medicamentos recetados).
- 2 *Según la aportación* se podrían distinguir tres tipos básicos de copago (Observatorio de Políticas de Salud, 2010):

- a. Los que suponen establecer un gasto inicial, normalmente en el momento de acceso al servicio (al acudir al médico de familia o a urgencias), siendo el resto de servicios a partir de ahí cubiertos sin pago de ningún tipo de cuota adicional. Su objetivo fundamental es inhibir el consumo inicial innecesario, aunque se ha contrastado que también dificulta el consumo necesario y las consultas de prevención.
- b. Los copagos que gravan una cantidad fija por cada uso, normalmente hasta un máximo. Esta cantidad fija no tiene porque estar vinculada al coste real del servicio.
- c. Copagos vinculados a un porcentaje del coste de los servicios utilizados.

En primer lugar es conveniente señalar que casi todos los sistemas de copago que existen en la actualidad en los países de nuestro entorno tienen *mecanismos de modulación o exención*. El objetivo de ello es evitar de forma total o parcial que el copago sanitario expulse a las personas más débiles socialmente (normalmente colectivos desfavorecidos o enfermos crónicos). Los sistemas más utilizados habitualmente son:

- 1 *Sistemas de reembolso o reintegro de gastos*. El paciente paga normalmente el 100 % del coste del servicio al utilizarlo y posteriormente se le devuelve una parte, un porcentaje. Tanto el porcentaje a pagar como el de reembolso puede cambiar según el colectivo al que pertenezca el paciente.
- 2 *Desembolso directo máximo*. Supone un límite, normalmente trimestral o anual, a partir del cual el paciente no sigue pagando los productos o servicios sanitarios.
- 3 *Copago selectivo*. Supone establecer copagos generales sobre productos o servicios, pero estableciendo colectivos que están exentos de pago. Pueden ser de muchos tipos: basados en la edad (niños, jóvenes, mayores), según una condición biológica transitoria (mujeres embarazadas), según una condición funcional (discapacitados), según determinadas patologías (vacunaciones, infecciosos, psiquiátricos, etc.), según origen de la enfermedad o lesión (enfermedades o accidentes laborales), enfermedades crónicas (diabetes, asma, etc.), grupos de enfermos en determinadas condiciones (reclusos, personas institucionalizadas), condición socioeconómica (pobreza, exclusión, etc.), u otros.

- 4 *Copagos evitables*. Se considera un copago evitable aquél que se impone a un producto o servicio sanitario que es posible sustituir por otro bien o servicio gratuito. Un ejemplo sería el pago de determinados medicamentos de marca si existe un genérico que resulta gratuito.

Ventajas e inconvenientes del copago sanitario

Son muchos los argumentos que se esgrimen a favor y en contra del copago sanitario. Expondremos brevemente algunos de ellos, los más invocados:

Ventajas

- Modera el abuso de los servicios sanitarios por parte de los usuarios o pacientes.
- Contribuye a moderar el gasto sanitario público.
- El paciente valora el coste real de los servicios, al poner en relación directa el coste con el beneficio percibido (Codorniu, 2009).
- Según algunos autores, el coste de oportunidad (debido al precio nulo de la prestación) provoca una sobredemanda no originada por una verdadera necesidad de salud (Moreno Millán, 2007). Así, según este enfoque, los precios son un medio por el cual se decide el intercambio de bienes o servicios, y de esta forma supone una demostración de una preferencia individual, de modo que su ausencia conduce a una situación de ineficiencia del mercado por consumo excesivo. Establecer copagos además, supone una financiación adicional, posee efecto disuasorio, mejora la responsabilidad y minimiza la necesidad de incrementar impuestos.

Inconvenientes

- Dificulta el acceso a la sanidad pública a la población con menos recursos económicos y también a aquella con peor salud. Ello no sólo puede hacer que la brecha de salud entre las personas con más y menos recursos económicos se abra aún más, sino que pueden bajar los estándares de salud de la sociedad y generar problemas de salud pública.

- Origina gastos añadidos (gastos de implementación), que pueden llegar a ser superiores a lo recaudado (Carbonero, 2010), tales como introducir un mecanismo de facturación y cobro, y personal burocrático para su gestión y control.
- Supone un «doble gravamen» al ciudadano, que paga sus impuestos, con los que se financian los servicios públicos, y vuelve a pagar una cuota suplementaria (copago) cuando hace uso de ellos, cuando recibe la prestación (Codorniu, 2009).
- No se ha demostrado la eficiencia económica del copago y sí su ineficiencia social.
- Con el copago teóricamente podría disminuirse el gasto público en salud pero no el gasto en salud como porcentaje del PIB, lo cual es previsible tanto por la inelasticidad de buena parte del gasto sanitario, como por la fragmentación de la demanda, como por las datos empíricos que tenemos de los países de nuestro entorno en los que se implementa.

5.2. Sistemas de copago en nuestro entorno

En Europa muchos países tienen sistemas de copago, lo que en muchas ocasiones se ha enarbolado como principal motivo para incluir en nuestro país un sistema similar. Pero estos sistemas son muy diferentes entre ellos, no es un único modelo, ni la aportación de los ciudadanos es similar en términos económicos. Tampoco lo son las limitaciones y grupos excluidos en dicho sistema de pago por uso. No obstante, el fondo es el mismo, el ciudadano paga una parte de la asistencia sanitaria en el momento de utilizarla, aunque esta aportación difiere de un país a otro. Todo ello complejiza estos sistemas, dificulta su conocimiento, y resulta complicado realizar una comparación exhaustiva entre regiones. A pesar de ello, se va a tratar de realizar un breve recorrido por los principales sistemas de copago en los países de nuestro entorno, primando la concreción y resumen, debido al objetivo de este trabajo, por encima de la precisión y exhaustividad.

Copago en atención primaria

La atención primaria, puerta de entrada a los servicios sanitarios en la mayor parte de los sistemas sanitarios, cuenta con sistemas de copago

en distintos países. Las modalidades son múltiples, desde el pago mínimo o reducido a un grupo reducido, hasta generalizado y sin excepciones. No obstante, todavía quedan en Europa países que no han aplicado el copago en este nivel asistencial, como son España, Grecia, Holanda, Hungría, Italia, Lituania, Polonia, Reino Unido y República Checa.

En el caso de un copago prácticamente residual, encontramos por ejemplo el caso de Estonia, en el que se aplica únicamente a los servicios domiciliarios (algo más de 3 euros), pero en el que no se establecen exenciones o reducciones en la cantidad pagada según el nivel de renta de los ciudadanos, o cualquier otra característica social, económica o de salud. También se encuentran gobiernos que aplican un copago selectivo, reducido prácticamente a las personas que tienen rentas altas. Son los casos de Chipre donde solo pagan las rentas altas (15 euros por visita y asumen la totalidad del coste de las pruebas diagnósticas); de Dinamarca, donde el 98 % de la población no asume ningún coste y el 2 % restante tiene una facturación restringida (en función de la elección de médico); de Irlanda donde se divide a la población en dos categorías, una de ellas está exenta de pago, y el resto asume el 100 % del coste con un tope máximo.

En el extremo opuesto encontramos a países donde el acceso a los servicios de atención primaria pasa casi de forma generalizada por el pago de una parte del coste del servicio, aunque suelen incluir algún colectivo que queda exento de dicho pago (Letonia, Malta, Noruega, o Suecia, por ejemplo), o bien se aplica algún descuento a determinados colectivos, en algunos casos debido a su situación social y económica, pero en otros casos no necesariamente son colectivos desprotegidos (Bélgica, Letonia, Suiza).

En general se pueden distinguir dos tipos de copagos, uno vinculado a una cantidad fija por asistencia (los casos de Alemania, Austria, Eslovaquia, Finlandia, Islandia, Letonia, Noruega, Portugal, Suecia), y otro que supone un porcentaje sobre el coste total del servicio (Bélgica, Francia, Luxemburgo, Suiza). A estos dos se añadiría una tercera vía que podríamos denominar mixta y que combina las anteriores y que supone un coste fijo más un porcentaje.

En cualquier caso, en casi todos los países se establecen fórmulas de exención o descuentos a determinados colectivos, o copagos diferentes en función del servicio al que se acude, topes máximos, etc. Toda esta complejidad dificulta la comparación entre países.

Copago en atención especializada (especialistas y atención hospitalaria)

Los servicios de atención especializada incluyen tanto las consultas con los especialistas como el acceso a los centros hospitalarios, ya sea a través de la puerta de urgencias o por ingreso hospitalario (urgente o derivado del especialista). El acceso a estos servicios no se produce de la misma forma en distintos países. En algunos sistemas sanitarios el acceso al *médico especialista* es libre, es decir, no tiene que ser derivado desde el médico de familia, y en estos el copago es habitual. En otros sistemas el acceso al especialista no es directo sino por prescripción, generalmente desde los servicios de atención primaria, y puede existir o no el pago de una parte de la consulta y/o de las pruebas médicas que dicho profesional estime conveniente que se realicen al paciente.

En general el pago de los servicios de atención especializada suele adoptar tres formas básicas: el pago de una cantidad fija por visita (el caso de Alemania, Austria, Chipre, Eslovaquia, Estonia, Finlandia y Holanda por ejemplo); sufragando un porcentaje del coste total del servicio (como hace Bélgica, Luxemburgo y Suiza); o estableciendo un sistema mixto que combina tanto una cantidad fija como un porcentaje del coste del servicio (el caso de Francia, Islandia e Irlanda).

Además, determinadas especialidades médicas tienen mayores copagos, o directamente están excluidas de la cartera de servicios generales y por tanto fuera de la prestación pública (sea gratuita o no). Así, con mayores copagos de los establecidos para otras especialidades encontramos por ejemplo los servicios de fisioterapia en Dinamarca, Holanda, Noruega o Suecia, o los servicios psicológicos en Dinamarca, los servicios de ginecología en Suecia, o los de radiología en Noruega, por poner algunos ejemplos. Otros tratamientos, como los de fertilidad y reproducción asistida entran y salen de la cartera de servicios de los países de forma recurrente, son normalmente objeto de copagos, o se establecen restricciones a su gratuidad dependiendo del tipo de familia que acceda a dichos servicios, o de la situación económica de los mismos.

El pago por la realización de *pruebas diagnósticas o de laboratorio* se realiza o bien en base a un porcentaje de su precio real, o bien con una cantidad fija que varía entre países.

En cuanto al acceso al hospital, cuando este se realiza por la puerta de *urgencias*, también es muy variado. La fórmula de recaudación suele ser

un precio que oscila entre una cantidad máxima y mínima según el tipo de tratamiento usado. En otros casos solo se paga cuando los profesionales consideran que la consulta era innecesaria, es decir, se cobra por las urgencias sin hospitalización detectadas como no urgencias (el caso de Italia), o sin derivación (Irlanda). También se establecen pagos por el uso de los servicios de transporte en ambulancia en distintos países.

Por último, en cuanto a las *estancias hospitalarias*, lo más habitual es establecer un pago por los servicios hosteleros necesarios para la estancia del paciente (alojamiento, comida, etc.), en los que se incluyen también servicios sanitarios básicos. Se observan sistemas dispares, desde el pago de una cantidad fija por día de hospitalización, normalmente con un máximo de días o de cantidad a cobrar en una misma hospitalización o al año, y pueden incluir también el pago por pruebas diagnósticas o quirúrgicas. La mayoría de los países establecen un coste fijo por días de hospitalización con un número máximo de días (el caso de Alemania, Austria, Bélgica, Estonia, Finlandia, Irlanda, Luxemburgo y Suecia). Otros países han optado por la solución mixta de fijar un porcentaje del coste más un fijo por día (Francia, Suiza). En otro grupo están aquellos que solo cobran por los servicios extra y los gastos administrativos del ingreso (Eslovaquia y Hungría). En Chipre, Letonia y República Checa se establece el copago en función del tipo de hospital. Finalmente está el caso de Holanda, cuyos usuarios pagan en función de su sueldo.

Tal y como pasaba en atención primaria hay excepciones, colectivos que no pagan o que tienen una cuota inferior, ya sea por su nivel de renta, situación socioeconómica, de salud, etc.

Copago farmacéutico

Aunque se tratará más adelante el copago farmacéutico de forma específica, ya que es el sistema de copago sanitario más extendido y conocido en España, se realizará aquí también un breve repaso de los sistemas de copago farmacéutico en Europa. El copago en farmacia está prácticamente extendido a todos los países de Europa, aunque las fórmulas para la financiación de los medicamentos por parte del usuario son diversas.

La forma más extendida de copago de medicamentos se basa en repercutir un porcentaje del coste de mercado del medicamento al paciente. Esta es la fórmula utilizada en la mayor parte de los países de nuestro

entorno (Alemania, Bélgica, Estonia, Francia, Grecia, Hungría, República Checa, Suiza), y es el método usado también en España.

En otros países se impone una tarifa fija por medicamento (Austria, Reino Unido), o incluso un método mixto que combina por un lado una cantidad fija más un porcentaje del coste del medicamento. Este último método es el que se utiliza en Finlandia, y el que algunas comunidades autónomas españolas han tratado de establecer, al margen de la política estatal española, al establecer el pago de un euro por receta además de pagar el porcentaje correspondiente que establece el sistema nacional de salud.

También es habitual que se establezcan límites al copago, ya sea una cantidad mensual o anual, en algunos casos para todos los pacientes sin distinción (Alemania, Bélgica, Noruega), y en otros casos sólo para un determinado colectivo (pensionistas, parados, enfermos crónicos, etc.) como en el caso de España, o según el tipo de medicamento (Hungría, Francia, Estonia, Italia, Noruega, Portugal, República Checa).

La exención o el descuento a determinados colectivos también es una actuación frecuente en muchos países europeos. Cada uno de ellos establece el colectivo específico y el beneficio que le asocia. Normalmente se favorecen menores, pensionistas, enfermos crónicos, discapacitados, maternidad, etc. Los países que ofrecen estos beneficios son: Alemania, Bélgica, Dinamarca, España, Estonia, Finlandia, Grecia, Islandia, Lituania, Reino Unido y Suiza.

Dinamarca y Suecia desarrollan una manera peculiar de recaudación basado en el gasto en medicamentos de la población, por debajo de una cantidad fija al año se paga íntegramente, si se supera el límite se realiza un descuento porcentual en función de varios niveles.

En algunos países se instaura el precio de referencia, se trata de un copago evitable, los usuarios pueden optar por un tratamiento alternativo y equivalente. Se usa para determinados medicamentos en Holanda.

En Letonia se impone diferente copago en los medicamentos en función de diagnóstico y en Luxemburgo según la efectividad y necesidad del tratamiento.

En Chipre los medicamentos son gratuitos excepto para las rentas altas que asumen el 100 %.

En cuanto a las prótesis, lentes y audífonos existen grandes diferencias según el país y el producto. La fórmula más frecuente para las prótesis es el pago de un porcentaje del producto que es diferente según el país (Austria, Estonia, Francia, Grecia, Hungría excepto en accidentes de trabajo, Lituania y Polonia). En Dinamarca, Finlandia y Portugal las prótesis son gratuitas (en el caso de Portugal las de provisión pública). También, como forma de garantizar un precio fijo accesible para el usuario, en algunos países se establece un precio público de las prótesis (España, Reino Unido y Luxemburgo, en este último además realiza un descuento del 50 %). En Suecia se establece una cantidad fija. En Luxemburgo se usa la fórmula del reembolso de una cantidad máxima del coste de la prótesis. Finalmente, en el caso de Lituania los pensionistas se benefician de un porcentaje mayor de descuento del precio respecto al resto de la población.

En cuanto a las lentes, Austria determina un porcentaje del 10 % del coste con un mínimo de 72,6 €. Luxemburgo precisa un reembolso de un máximo de 40 €. Y en relación con los audífonos, Dinamarca y Suecia los proveen de forma gratuita.

Copago en asistencia dental

Los ciudadanos de la mayoría de los países europeos tienen que hacer frente al 100 % del coste de los servicios bucodentales. Sin embargo existen colectivos exentos y copago según el caso. En Alemania se establece una cantidad fija (10 €) por la visita inicial cada trimestre y un porcentaje del coste del servicio. En Finlandia se fija un precio único según el servicio. En Dinamarca, Francia y Luxemburgo el usuario asume un porcentaje del coste. En muchos países parte de la población queda exenta del pago o asume una parte inferior que el resto, afecta principalmente a determinadas edades (Austria, Bélgica, Dinamarca, España en determinadas CC. AA., Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Letonia, Malta, Noruega, Reino Unido, Suecia); personas discapacitadas (Holanda y Noruega); estudiantes (Hungría); embarazadas (Hungría y Reino Unido) pensionistas por invalidez (Islandia); en Irlanda a las personas que forman parte de la llamada «categoría I»; a rentas bajas (Italia, Malta y Reino Unido); en Letonia a las víctimas de Chernóbil; y enfermos crónicos (Malta y Noruega).

Existen otras especificidades. Por ejemplo en algunos países se copaga en función de los servicios, tratamientos, materiales o profesionales como en Suiza, Reino Unido, República Checa o Lituania.

En Holanda se diferencia entre si el paciente ha sido derivado (en tal caso es gratuito) o no de atención primaria. En Portugal depende del centro.

5.3. Copago, salud y equidad

Es frecuente escuchar entre los detractores del establecimiento de copago sanitario el argumento de que éste afecta a la equidad del sistema. Hay dos tipos de medidas asociadas a la equidad en salud, ya que se entiende que la equidad del sistema se produce en un doble sentido: «cada cual recibe según su necesidad y contribuye según su capacidad», lo cual implica: 1) equidad en la financiación, es decir, en un sistema impositivo que grava más a los que más tienen, y en el que la sanidad se costea en base a impuestos progresivos, el que más tiene es el que más contribuye al sistema sanitario, y al revés; y 2) equidad en el uso, de forma que el que más lo necesita es el que más lo utiliza, determinado el acceso no por la capacidad de pago sino por la necesidad de salud. Así, la equidad en la asistencia sanitaria se basa en el principio de que, a igual necesidad se recibe la misma atención con independencia del nivel de ingresos, también llamada equidad horizontal (Cantarero, 2006). Se trata de no gravar la enfermedad ni al enfermo con mayores pagos que al conjunto de la sociedad.

El copago es claramente inequitativo si atendemos a este primer concepto de equidad, ya que los pacientes además de contribuir con sus impuestos al sistema sanitario, pagarían por los servicios recibidos, no en función de su capacidad económica sino por servicio utilizado, es decir, por número y tipo de enfermedad que padezca. Al pasar los costes de los contribuyentes a los pacientes, se va en contra del «aseguramiento colectivo de los riesgos de enfermar» (Repullo Labrador, 2009), lo que disminuye la equidad y la eficiencia social de los modelos de sistema nacional de salud.

En segundo lugar, se entiende que un sistema es equitativo cuando trata de disminuir las desigualdades en salud que se producen por desigualdades sociales. Las desigualdades sociales en salud se refieren a las desigualdades, ya sean entre países, regiones o dentro de un mismo territorio, que cumplen una serie de características: son improcedentes, son injustas, son evitables, y son innecesarias (Krieger, 2002). En este sentido las desigualdades en salud no responden

a diferencias biológicas que puedan afectar a la salud de un colectivo social, sino a diferencias evitables y remediabiles que responden a la estructura social, económica y política de una sociedad. Las poblaciones más pobres, los excluidos, los desempleados, las mujeres, los ancianos, y en definitiva los colectivos en peores condiciones sociales y económicas, son además los más enfermos, como ponen de manifiesto numerosos estudios (Makinen, M. *et al.*, 2000; Black, D. *et al.*, 1980; OMS, 2007). En este sentido, si la simple inacción política para tratar de reducir las inequidades sociales en salud, perpetúa y aumenta las desigualdades, más aún lo harán actuaciones que afecten a las clases sociales más desfavorecidas con pagos en el uso de los servicios sanitarios como se propone con cualquier forma de copago sanitario.

Cómo afecta el copago a la salud no es algo fácil de determinar. No son muchos los estudios que han estudiado estos efectos, debido a la complejidad que supone y a las múltiples causas que hay que discriminar a la hora de interpretar los resultados. No obstante, en los estudios realizados sobre el tema se ha contrastado el empeoramiento de la salud de la población más vulnerable, con rentas más bajas (Moreno Millán, 2007). El único experimento llevado a cabo sobre copago sanitario se desarrolló en Estados Unidos entre los años 1975 y 1982, por la Corporación RAND (Newhouse, 1993). Este trabajo, que seguía la evolución de los participantes tras ser clasificados en tres grupos según tipo de copago, determinó que el copago reduce la utilización de servicios, más cuanto mayor es el nivel de copago. Pero esta disminución en el uso de servicios se produjo tanto en servicios sanitarios necesarios y efectivos para su salud, como en servicios innecesarios o poco efectivos (Barahona Urbina, 2010). Además observó que aquellas personas con un menor nivel de renta eran las que más dejaban de utilizar los servicios, y por tanto se veían más afectadas. Es decir, el copago incide directamente en la reducción del consumo, pero no de una manera eficiente, reduciendo el consumo innecesario únicamente.

La propia Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) desaconseja la implantación del copago (Sánchez-Bayle, 2011), indicando que «hay que abolir las barreras a la asistencia médica, cualquier tasa por pequeña que sea tiene un efecto negativo sobre la salud de los sectores socialmente más desfavorecidos» (WHO, 2003).

5.4. El copago desde el punto de vista de los expertos

Definición de copago

Se les ha preguntado a los expertos sobre el copago sanitario. En primer lugar, que si era posible lo *definieran*. En este sentido los enunciados que aportan son bastante *operativos*, muy sencillos, en los que lo que queda claro es que se trata de un pago en el momento de utilizar los servicios sanitarios, con independencia de que se trate de un porcentaje sobre el coste *real*, o una cantidad fija.

Exp. 1: «...pues es que en lugar de que sea gratuito, la gente lo paga, cuando va a usar los servicios».

Exp. 4: «...cualquier elemento que introduzca la necesidad de pagar en el momento de la prestación, al margen de lo que yo me he financiado con, a través de impuestos, se entiende como un copago».

Exp. 2: «Es que hay muchos tipos de copago» «...depende de cómo regules el copago, a qué apliques el copago, con qué intensidad, pero el copago es simplemente que tú estableces un precio público para el acceso a determinados servicios sanitarios, bien sean servicios sanitarios directos, consulta con el médico general, derivación al especialista, o por la adquisición de fármacos» «...El copago por lo tanto podíamos definir que es un precio, que no equivale al coste, obviamente, sino que es una cantidad que se introduce (...) para el acceso a determinados servicios sanitarios».

A la hora de definir el copago también se hace referencia a los tres grandes modelos sanitarios, el centrado en el mercado (que se ejemplifica con el modelo desarrollado en Estados Unidos), los modelos de Seguridad Social del centro de Europa (los bismarkianos), y los modelos de Sistema Nacional de Salud (en términos generales por ejemplo el español o el británico). En los sistemas nacionales de salud se optó por la universalidad, la gratuidad y la financiación mediante impuestos. Cuando en un SNS se introducen restricciones, se pueden realizar de dos formas, una de ellas es con una disminución de los servicios que se ofrecen. En este sentido el sistema sigue siendo universal y gratuito, pero no se financian determinadas prestaciones. Otra forma es actuar sobre la demanda de

los pacientes e introducir copagos. En este sentido un copago en un SNS significa que este deja de ser gratuito, y en definitiva cambia la esencia del modelo, aunque se siga financiando fundamentalmente a través de impuestos. Al definir el copago no se suele tener en cuenta este punto, el modelo sanitario sobre el que se está implantando este sistema, aunque así nos lo puso de manifiesto uno de los expertos consultados.

Por otro lado, se había observado que en los medios de comunicación, al igual que en los distintos textos académicos que tratan el tema del copago sanitario se utilizan diferentes nomenclaturas para definir este sistema. Se le llama tique moderador, corresponsabilidad en la financiación, repago, etc., lo cual puede ser simplemente diferentes formas de llamar a una misma cosa, o puede suponer introducir matices, que dan a entender que algo se debe moderar, o que ha de hacerse al ciudadano responsable de la financiación de los servicios públicos, o que ya se paga la sanidad por el ciudadano y esto es volver a pagar. Se les ha planteado este tema a los expertos. Para estos, se trata en general de un tema de escasa importancia, y en todo caso un tema más político que económico. Es un intento de que la población acepte que lo que sin copago era un servicio completamente gratuito al acceder al mismo, tras implantar copago tendrá que pagar para acceder.

Exp. 1: «...me da absolutamente igual como lo llame Usted, pero esto es que yo, necesito un medicamento y yo tengo que pagar, entonces yo creo que no hay que darte tantas vueltas a esto, lo único que ocurre es que a veces los políticos intentan, en mi opinión, intentan explicar, que ellos realmente lo que pretenden no es recaudar, con el copago, sino que lo que pretenden es, con el copago, evitar que la gente derroche».

Exp. 2: «...yo no distinguiría, a mi no, yo ahí no, no veo la diferencia entre el tique moderador, el copago (...) es un sistema de reparto de costes».

Sí que se indica que el lenguaje introduce matices en los conceptos que se tratan, determinados matices dialécticos.

Exp. 1: «...bueno, corresponsabilidad si, bueno oiga, yo ya soy corresponsable cuando pago mis impuestos» «... le cambian el nombre, corresponsabilidad, tique moderador, y tal, pero yo creo que es simplemente una forma de vender a la población el que le van a cobrar».

Exp. 4: «...la tergiversación absoluta del lenguaje, es decir, estamos permanentemente utilizando eufemismos, tique moderador o, corresponsabilidad en la financiación del sistema, no dejan de ser más que eufemismos, son cosas absurdas» «...la prestación sanitaria o bien la financia totalmente el Estado vía impuestos o bien la financia parcialmente el Estado y el resto lo tiene que poner el asegurado, esa es la única realidad, lo demás, hablarlo copago, repago o requetepago es absurdo».

Exp. 4: «...realmente no hay ninguna palabra suficientemente precisa para definir solamente con un término (...) que una parte la paga el Estado y por lo tanto es redistributiva, es decir, si yo tengo muy pocos ingresos los demás, en cierta manera están pagando para que yo pueda tener acceso, porque es un objetivo del sistema la equidad, o bien yo tengo que financiar parte de la prestación porque no hay dinero para todo» «...al final lo que intenta es evitar el decir a las cosas por su nombre».

Objetivos del copago

Por su lado se les ha preguntado cuál es el objetivo del copago, ya que en diversos textos académicos se indica que puede ser contener la utilización de los servicios, y de esta manera reducir el gasto, conseguir recaudar fondos adicionales, es decir recaudar, y concienciar al usuario, educar en el uso responsable de los recursos públicos. Estos serían en términos generales los objetivos principales que se argumentan en distintos medios. Sólo para uno de los expertos el objetivo sería recaudar, considerando el resto de los expertos consultados en esta investigación que el objetivo no es recaudatorio, al menos de forma teórica.

Exp. 3: «...yo creo que son dos medidas, por un lado incrementar los ingresos, que parece que no es eficaz...» «Racionalización del gasto, pequeño incremento de los ingresos».

Exp. 1: «...el objetivo teórico del copago, eh, no es recaudar».

Tiene que ver más con una reducción de costes, y con una educación de la población. De forma teórica, nos explica uno de los expertos, el sentido está pensado para un modelo privado de salud, en el cual una persona paga una prima de un seguro privado, y la compañía le proporciona por dicho seguro una cobertura x . Si la persona quiere pagar menos o bien disminuyen las coberturas a las que tendrá derecho, o se establecen copagos para que de esta manera le corresponda una prima más barata, y pueda acceder a los servicios. Este sistema, que parece funcionar bien en la empresa privada, es de una alta complejidad cuando se trata de exportar a los servicios públicos de salud.

Exp. 1: «El objetivo del copago es (...) reducir la demanda, es bajar los costes, (...) porque, en cierta forma el planteamiento teórico es que eso es lo que quiere la gente (...) porque es lo que permite que tu pagues menos, una prima menor (...) no es recaudar, sino que es reducir costes para que tú puedas pagar menos y eso es lo que tú quieres (...) ¿Cuál es el problema que yo veo en aplicar el copago en el Sistema Nacional de Salud? (...) en un sistema público, a ti te van a poner un 10 % de copago y tú va a pagar lo mismo de impuestos, ¿de acuerdo? eso yo creo que ese es el gran problema».

También se plantea el problema, parece que irresoluble, entre un objetivo recaudatorio y un objetivo de equidad. Si, como hasta ahora, el sistema sanitario tiene como uno de sus objetivos la equidad del sistema, el copago es contraproducente puesto que afecta principalmente a las rentas más bajas. E igualmente esto se pone en relación con los objetivos recaudatorios o disuasorios del copago.

Exp. 4: «...hay dos elementos a la hora de reflexionar sobre el copago, uno tiene que ver (...) con cual es el equilibrio del copago que (...) más responde a nuestros objetivos como sistema sanitario, porque el objetivo del sistema sanitario puede ser la equidad o no (...) y en segundo lugar tiene que ver (...) con utilizarlo o bien como mecanismo recaudatorio o bien como mecanismo disuasorio, con lo que también el enfoque es distinto, no es lo mismo que nosotros con eso intentemos aumentar los ingresos para poder financiar las actividades sanitarias, a que lo hagamos exclusivamente con la intención de dejar a la gente fuera, ¿no? son dos cosas distintas».

No obstante, según una parte de la economía de la salud se asume que aunque el copago no sirva para disminuir el coste de los servicios sanitarios, tiene un objetivo económico teórico, que si bien no se corresponde con un objetivo económico real (puesto que se asume que aumenta los costes a largo plazo), es el que justifica su implantación.

Exp. 1: «...bueno, esto ya requiere ser economista para entenderlo y es muy complicado (...) esto requiere aceptar una hipótesis, una hipótesis no, una realidad, y es que, aunque el copago en ocasiones reduzca el consumo necesario, y digamos, en ocasiones pueda perjudicar la salud de las personas, ¿vale?, el perjuicio que les haces a esas personas está compensado por el ahorro en los costes. Obviamente esto es muy difícil, esto la población no lo puede entender, y no digo que lo tenga que entender».

En ese sentido lo que se acepta, según esta teoría es que cuando un sistema sanitario va a poner en marcha una determinada actuación sanitaria debe analizar los costes y beneficios que dicha actuación tendrá. Si los costes superan a los beneficios, aunque el beneficio sea la salud de la población, si el coste no compensa el beneficio (es poco probable, hay una prevalencia de la enfermedad pequeña, etc.), entonces según esta teoría, si se establecen copagos, las personas estarán dispuestas a arriesgarse y no tener el beneficio que este procedimiento médico tendría.

Exp. 1: «...¿cada cuantos casos que la gente no va a urgencias verdaderamente el tema es grave y debería haber ido al médico? cada 3.000. Como número decimos cada 3.000 nos costaría tanto, ¿qué evitamos con los 3.000? Evitamos esto. Pues es un coste muy grande para lo que evitas, ¿vale? Entonces aunque la gente no sea capaz de decidir si tiene que ir o no al médico como nosotros sabemos que por término medio esto eso no sale a cuenta, da igual, tu pon el copago y efectivamente, habrá gente que debería haber ido al médico y que no irá y eso genera un problema pero como eso pasa en tan pocos casos y lo que te costaría sería tanto, entonces tu pones el copago aunque la gente no sepa distinguir entre consumo necesario y consumo innecesario (...) y eso yo sé que la gente de la calle es imposible que lo acepte, que es que prevenir un problema de salud, no vale cualquier cantidad de dinero».

El problema de este argumento, para otros economistas es que si bien esto puede ser cierto en términos macroeconómicos, lo que supone es un ataque a la equidad del sistema, porque al imponer copagos, las personas con recursos económicos siempre podrán acceder a los servicios, sean necesarios o no, mientras que para las personas con recursos escasos el establecimiento de un sistema de copago sí que supondría un límite de acceso a los servicios.

Un tercer objetivo sería el de educar a la población en el uso responsable de los recursos.

Exp. 3: «...por otro lado sobretodo, reducir el uso, digamos, placebo, que mucha gente realiza de la asistencia sanitaria. No la necesito realmente, pero me encuentro bien yendo, por tanto digamos esa, ese mal uso de los recursos» «...Lo que pasa es que claro, que a quien va dirigido es fundamentalmente a la población mayor, mayor de 65 años, es difícil educar a alguien de mayor de 65 años. Pero bueno, siempre va sonando en la juventud».

En resumen, estos serían los tres objetivos fundamentales del copago sanitario, en palabras de los expertos:

Exp. 2: «...hay tres objetivos en el copago, no solo en España sino a nivel de todos los países desarrollados. Uno es con fines recaudatorios, no digo que sea el más importante (...) el segundo sería con fines de moderar el consumo inadecuado, o sea, el abuso, el riesgo moral que genera el precio cero (...) y luego hay un tercer motivo, que yo creo que son los motivos psicosociales, que tiene mucho que ver con la educación a la población para que no consuman, o para que sean racionales a la hora del consumo. Eso es digamos, los tres argumentos del copago».

Inelasticidad de la demanda

Muchos servicios vinculados a la asistencia sanitaria pertenecen a lo que en economía se conoce como mercados de inelasticidad de la demanda. Este tipo de mercados se caracterizan porque el precio no incide de forma decisiva en la demanda, al ser productos o servicios que

necesariamente han de ser consumidos, con independencia de su precio. Los servicios médicos en general, no pueden dejar de consumirse, ni son fácilmente reemplazados por otros bienes o servicios cuando aumenta el precio (Solanas, 2010).

En este mercado imperfecto, el copago sólo tendría sentido para los expertos, en el acceso a los servicios, donde el ciudadano puede decidir ir o no ir, y no para los servicios sanitarios en los cuales el paciente no tienen ningún tipo de control de acceso como pueda ser el servicio de atención especializada u hospitalaria no urgente. De igual forma tampoco tendría sentido para servicios necesarios y de alto coste, sino para servicios o productos de bajo coste, y por tanto asumibles por los ciudadanos, o de baja utilidad terapéutica, o sustituibles.

Exp. 1: «¿Qué sentido tiene que te vayan a poner un copago en una apendicetomía? No tiene ningún sentido, cosas en las que, los economías llamaríamos de demanda inelástica, o sea que por mucho que varíe el precio (...) porque es que es una cosa que la vas a hacer si o si» «...el copago está para modificar la conducta de la gente, para que dejen de hacer cosas (...) no para evitar que la gente se haga una operación que el médico le ha dicho que se tiene que hacer obligatoriamente y que vale 12.000 euros, ahí no tiene ningún sentido poner un copago».

Exp. 2: «...si lo que queremos es no recaudar sino concienciar, entonces tendríamos que hacer un copago muy selectivo, un copago que siempre tenga sustitutivos cercanos».

Exp. 2: «...es un problema de elasticidad de demanda (...) si yo quiero recaudar mucho lo que tengo que establecer es copagos en servicios inelásticos, es decir, en servicios que el paciente, el consumidor entre comillas, tenga a la fuerza que consumir (...) claro, eso tiene problemas de equidad y de accesibilidad evidentes. Si yo no quiero hacer eso, si mi objetivo fundamental no es recaudar entonces tengo que establecer los copagos en aquellos servicios con alta elasticidad, es decir, que el potencial consumidor, ante el copago, decida no consumir ese servicio sanitario».

Papel del personal sanitario en la demanda de servicios

La demanda sanitaria es en gran medida inducida por el personal sanitario. En un sistema como el español, en el que el paciente sólo puede decidir ir o no ir a atención primaria y a los servicios de urgencias, el resto de servicios son derivados por su médico, por lo que es difícil que el precio (copago) incida en la demanda de servicios, como se ha indicado anteriormente. En este sentido, el papel del médico es fundamental en el sistema de copago. De hecho, si el objetivo es reducir la demanda innecesaria, y son los profesionales los que deciden la mayor parte de la demanda, el copago no tendría ningún sentido.

Exp. 1: «...si el médico fuera un buen agente del sistema, en fin, y tuviera tiempo, etc., etc., (...) teóricamente no debería de existir porque en un sistema como el nuestro, el paciente decide muy poco sobre los gastos médicos que hace, porque todo está supervisado por el médico (...) teóricamente, con que tu controlaras esas dos cosas y pusieras copago ahí, ya sería suficiente ¿Por qué le tienes que poner a una persona un copago por un medicamento que se lo ha recetado el propio médico? Pues porque no confías en el médico».

Se apunta en el texto anterior que el sistema no confía en los profesionales, como posible justificación de incluir copagos por elementos que no deciden los pacientes. En economía se conoce como «relación de agencia imperfecta», que indica que no es el consumidor el que caracteriza la demanda sino que es el médico el que decide el «consumo» que va a tener el ciudadano.

Exp. 2: «...¿quién decide, salvo en el primer contacto inicial con el médico, la demanda de servicios sanitarios? ¿el paciente o el médico? La decide el médico (...) es lo que se llama relación de agencia imperfecta (...) el consumidor lo único que manifiesta es una necesidad, “estoy enfermo”, y es el médico el que se pone en el lugar del enfermo y caracteriza la demanda (...) es el médico el que toma las decisiones sobre consumo de fármacos, y las pruebas complementarias, y la visita al médico especialista».

A esta situación en la que el médico es el que decide el consumo sanitario de los ciudadanos, se une otra característica propia de los sistemas sanitarios y es la asimetría de información. El paciente no tiene, ni puede tener, información suficiente para saber cuál debe ser su comportamiento como *consumidor* de servicios sanitarios.

Exp. 2: «...se llama asimetría de información (...) la cosa es tan compleja que los médicos realmente muchas veces no saben que es lo que tienen que hacer, las asimetrías de información se mezclan con la incertidumbre. Cuando un médico decide (...) decide en términos de probabilidad (...) ¿pongo una prótesis de rodilla o no la pongo? (...) no es un algoritmo matemático (...) la incertidumbre es alta, entonces, yo creo que los médicos juegan un papel muy importante y fundamental en el copago. ¿Qué actitud van a adoptar? No lo sé, depende, porque además me imagino que no habrá actitudes homogéneas (...) habrá médicos que traten de disminuir el impacto del copago en sus poblaciones trasladándole el coste a la Administración Sanitaria, habrá otros médicos que no».

Además de lo dicho, los expertos apuntan la existencia de un modelo de sociedad en la que los servicios sanitarios cumplen una función no cubierta por otros servicios sociales que estarían más cualificados y responderían mejor a ciertas necesidades de los ciudadanos que en este momento están cubriendo los servicios sanitarios.

Exp. 2: «...las personas van a los servicios sanitarios por un montón de razones, entre otras, probablemente porque nuestros sistemas, nuestros servicios sociales no están desarrollados (...) ¿por qué va mucha gente al médico de familia? Pues porque se siente solo (...) porque se sienten con ansiedad, una sociedad que está medicalizándolo todo (...) mucha gente colapsa la medicina de familia, dice no tienen nada, hombre, puede que no tenga nada que podamos solucionar medicamente, pero probablemente lo que tiene es ansiedad, depresión, mil, mil problemas y esos problemas no tenemos ningún sistema social, porque (...) eso lo hacían redes sociales, las familias más amplias (...) Entonces yo creo que eso tiene un coste muy importante (...) y uno de los problemas que te encuentras es que muchas veces la población lo que quiere es que el médico lo escuche».

Para uno de los expertos el papel fundamental de los médicos además es el de reducir las pruebas innecesarias, que además de tener un alto coste económico y por ende aquilatarlas, supondría un ahorro muy alto, en algunos casos además no son inocuas para los pacientes (como por ejemplo la realización de radiografías, escáner o distintas pruebas de imagen que conllevan radiación, si no son totalmente necesarias).

Exp. 4: «...los profesionales, desde mi punto de vista, están en una posición muy cómoda con todo este debate porque el problema parece que no va con ellos, es decir, el problema es o del político que está haciendo una cosa u otra (...) o de los pacientes que son unos maleducados, o sea, el mensaje habitual de los médicos es que hay que educar a la gente, pero los que han maleducado a los pacientes hemos sido los médicos, fundamentalmente, con la ayuda de los políticos y la ayuda de los medios, pero han sido los médicos».

Se apunta también un tema bastante polémico, como es el de los intereses que los médicos puedan tener en realizar pruebas o recetar medicamentos debido a las presiones o ventajas que puedan obtener de la industria farmacéutica, que financia parte de la formación y/o de las actividades de los profesionales.

Exp. 4: «Pero esencialmente es una cuestión de que los médicos vuelvan a recuperar una obligación, podríamos decir ética, que es la cuestión de que yo tengo que hacer lo que de verdad está demostrado que sirve, y no lo que a mí me interesa, y hay muchos intereses, y ha habido durante todos estos años, por parte de los médicos, porque gran parte de la formación está financiada por la industria, porque gran parte de las actividades lúdico-recreativas de los médicos están financiadas por la industria, etc.».

Límites al copago

Como se apunta por los expertos consultados, en la mayoría de los países en los que hay establecidos copagos en los servicios sanitarios hay también establecidos unos límites o topes, para que las personas con rentas más bajas paguen menos o nada.

Exp. 1: «...hay muchos países donde tu pagas el 100 % de los primeros 200 €, luego pagas el 50 % de los siguientes 300 €, luego tal, y cuando llega a un cierto nivel de gasto anual, ya no pagas nada».

Exp. 2: «...suele ser habitual que los países, por ejemplo los alemanes, o los franceses, tienen siempre lo que llaman una carta (...) que hace que aquellos que tienen esa carta no paguen nada, y luego otros casos en que tú pagas hasta un máximo (...) ¿qué se pretende? (...) evitar riesgos catastróficos, evitar que Europa o que España se convierta en lo que es habitual en Estados Unidos, que a familias de clase media y clase media alta, si les toca la mala suerte de que su póliza no les cubre (...) es que tienen que arruinarse, (...) tienen que endeudarse para pagar la atención sanitaria (...) que puede afectar, pues no sé si a 30.000 familias norteamericanas al año, que no es ninguna tontería».

Pero incluso, este sistema de límites al copago, fundamentalmente para aquellas personas con escasos recursos, es puesto en cuestión al compararlo con el consumo de cualquier otro bien o servicio. Para uno de los economistas consultados, si no se subvencionan otros bienes, no se entiende bien que se tengan que subvencionar los productos o servicios sanitarios.

Exp. 1: «...a ver, eso yo lo entiendo que eso pase y tal pero (...) primero, pienso que es básicamente un tema también político, ¿no? porque ¿por qué no subvencionamos también el pan? ¿no? hay gente que es pobre y por tanto ¿por qué no le ponen el pan a mitad de precio?».

Este argumento se defiende además por el fraude existente que, según indican, hace que las personas que se benefician de estas exenciones no sean necesariamente las personas que más lo necesitan.

Exp. 1: «...eso tiene un problema, y es que en España quién paga siempre son los mismos, que son la gente de la nómina, y ahí, en fin, hay un montón de fraude (...) cuando no tienes un sistema fiscal en el que tú tienes garantías de que la gente está contribuyendo según lo que realmente gana, pues eso es un problema».

Copago y equidad

Un tema recurrente cuando se habla de copago es el efecto que la imposición de un sistema de pago al acceder a los servicios tendría en la equidad del sistema sanitario por cuanto al establecer un precio, este siempre afectará más a aquellas personas que menos recursos económicos tienen, y que además son también los que en general más necesitan los servicios sanitarios.

Exp. 2: «...todos los estudios, desde el famoso estudio de la Rand Corporation, y (...) el resto de estudios (...) señalan que, es algo que es además de sentido común, si yo establezco copago, el copago reduce la demanda, pero el problema es que reduce la demanda necesaria y la innecesaria. Y no hay ningún sistema de copago, ninguno (...) que haga un screening adecuado de la demanda necesaria y de la demanda innecesaria (...). Los estudios, por ejemplo, la Rand Corporation se observó cómo caía la demanda de consultas de los niños de 0 a 5 años y de los niños de 6 a 13 años, más que se doblaba antes del copago (...) y esto tenía consecuencias, en algunos casos era una demanda necesaria (...) pero los resultados parecen señalar que excluyes, ¿a quién? a los más débiles, a los más marginales, y a las rentas más bajas».

No sólo se reducen de la misma forma las consultas necesarias y las innecesarias, sino que como se ha indicado, esta reducción afecta fundamentalmente a las rentas más bajas, que son a las que proporcionalmente más les afecta la inclusión de un precio de acceso. Además, en una situación de crisis económica como la que se está viviendo en España actualmente, el poder adquisitivo de la población ha observado una gran reducción, y un posible establecimiento de copago asistencial supondría un grave perjuicio para las familias con recursos escasos.

Exp. 2: «...si tu establecieras ese tipo de copagos (...) quien no iría no sería, no es aleatorio quién no va a ir. No va a ir (...) aquellos grupos con pocas rentas, y probablemente con menor nivel educativo».

Exp. 2: «...yo creo que no se tiene en cuenta el contexto de lo que estamos haciendo (...) en este país, un

porcentaje muy alto de pensiones están por debajo del salario mínimo interprofesional (...) tenemos muchos abuelillos que no cobran ni los 600 € al mes (...). Entonces, a mi me preocupa la dimensión ética del asunto, (...) el hecho de que estemos cargando parte de los ajustes de una crisis a los pobres, a los desvalidos, a aquellos que están en el extremo de la distribución social. Y me da la impresión de que además, la sociedad no parece preocuparse mucho».

Cuando se habla de que los posibles copagos que se pusieran serían cantidades bajas, debido, entre otras cosas, a la inelasticidad de la demanda sanitaria, explicada anteriormente, se señala que el concepto *cantidad baja* es relativo. Si se impusiera una cantidad fija (también podría ser un porcentaje), esta cantidad no significa lo mismo para distintos niveles de renta.

Exp. 4: «...el concepto de cuantía baja es muy relativo, porque depende de tu nivel de ingresos, es decir, para Rodrigo Rato, un euro por receta es una mierda, hablando mal, para muchas de las personas que viven ahora mismo en [barrio marginal], y que, aunque habitualmente no se dice, están consiguiendo alimentos a través de Caritas porque no tienen dinero para poder pagarlo, evidentemente un euro por receta es una barbaridad de dinero, entonces claro, es que es muy relativa la cuestión».

Exp. 4: «...yo creo que para población de nivel socioeconómico medio-alto posiblemente no sea muy disuasorio, para la población de nivel socioeconómico bajo clarísimamente es disuasorio (...) porque ya en el año 2007, antes de empezar la crisis, en un trabajo de Vicens Navarro (...) decía que el 20 % de la población española estaba por debajo del nivel de la pobreza».

En definitiva, si entre los objetivos del sistema sanitario está la equidad, es decir, que los servicios sanitarios traten de eliminar las desigualdades que se producen en salud, y siendo conscientes de que las personas con menor nivel de ingresos tienen en términos generales peores niveles de salud, imponer un sistema de pago al acceder a los servicios sanitarios es un elemento que atenta directamente contra la equidad del sistema.

Exp. 4: «...el copago disuasorio primero es poco efectivo a la hora de disuadir, si el objetivo del sistema es la equidad, es decir, porque el que tiene dinero va a seguir yendo, y el que no tiene dinero va a dejar de hacerlo (...) ya desde el año 70 (...) William Tudor Hart formuló la llamada Ley de los Cuidados Inversos, que lo que dice es los que más necesitan son los que menos acuden al sistema, precisamente, los que más necesitarían asistencia sanitaria van a dejar de ir en el momento que les metan encima la obligación de tener que pagar».

Costes de implantación del copago sanitario

No se conoce ningún estudio que haya realizado el cálculo de lo que costaría poner en marcha un sistema de copago, es decir, los costes de implantación, y de los posibles costes indirectos futuros. De esta forma es difícil conocer si realmente se producirá un ahorro en el sistema sanitario al introducir un sistema de copago, por cuanto si no existen estudios anteriores o de evaluación una vez puesto en marcha el sistema, es harto difícil llegar a conclusiones de base empírica.

Exp. 1: «...realmente eso no existe».

No existen, al menos que conozcan los expertos consultados, estudios sobre el coste de implantar un sistema de copago asistencial, ni de otro tipo. No obstante, ante la (en el momento de las entrevistas) inminente, puesta en marcha del nuevo sistema de copago farmacéutico, sí que se recogieron en distintos medios de comunicación diversas cifras que especulaban sobre el posible coste de implantar el nuevo sistema.

Exp. 2: «La prensa dijo en su momento que eso podía costar ochocientos o novecientos millones de euros. Así que lo que se podía recaudar en un año se iba en la implantación».

Además, para una parte de los teóricos de economía de la salud, si se implanta un sistema de copago hay que hacerlo de forma «valiente» y con todas las consecuencias, porque si va a ser una cosa pequeña, y que no pague nadie, cuesta más implantarlo que lo que se va a recaudar o ahorrar, y por lo tanto sería mejor no llevarlo a cabo.

Exp. 1: «...mi impresión es que el copago, si lo vas a hacer con la boca pequeña, poniendo un euro por receta, excluyendo a no sé quién, excluyendo a no sé cuantos, estos medicamentos no, estos tal, estos no se qué, al final es peor el remedio que la enfermedad, te cuesta más el, todo el sistema, que seguir como está (...) Yo entiendo que el copago tiene que ser una cosa en la que tú creas, y chico, mira, lo siento pero estamos mal, y hay mucho abuso, y tal, y te voy a meter un copago como Dios manda, quiero decir, te voy a meter 6 € por visita a primaria, 15 o 30 por visita al especialista, 30 por visitas de urgencias (...) y entonces realmente haces algo (...) Si tú lo vas a hacer con la boca pequeña (...) entonces déjalo».

También se proponen formas alternativas de recaudar dinero para el sistema sanitario sin tener que implantar un sistema de copago, sobre el que no existe evidencia de que realmente sea rentable. Entre las propuestas está el cambio del sistema fiscal e impositivo.

Exp. 2: «...¿cuánto esperan recaudar? Muy poco. La recaudación no va a ser evidente, entonces, eso se podría conseguir casi con cualquier mecanismo fiscal alternativo (...) no quite el impuesto sobre el patrimonio, y probablemente recauda mucho más (...) y con los costes de gestión que tiene, los costes de transacción del sistema, va a ser complicado, la red de oficinas de farmacia, saber el nivel de renta de cada uno, actualizar periódicamente el sistema...».

Además de no existir evidencia sobre el ahorro que un sistema de copago podría suponer para la administración sanitaria, se plantea el coste de ponerlo en marcha, no sólo en un primer momento, sino el coste constante, en trámites administrativos y burocráticos, que supone no sólo implantar el sistema, sino el cobro y gestión del mismo.

Exp. 4: «...uno de los mayores riesgos que tienen los sistemas sanitarios modernos que es la burocracia. Estados Unidos, cuando hablaba de que el 18 % lo dedica al sistema sanitario, más de la mitad se le va en burocracia y trámites administrativos. Meter un sistema de copago obliga al sistema de qué hacemos con ese euro, porque

evidentemente si no, puede haber conductas más o menos perversas de que se lo quede el tipo que, que lo está recaudando ¿no?, por tanto, tienes que establecer un sistema de recaudación, eso en cierta manera lo que hace es distraer la atención y los recursos hacia un tipo de actividad cuyo beneficio no está muy claro».

Por último también se plantea la detracción de los costes que son ahorrados al inhibir el acceso a los servicios de atención primaria (a aquellos que sin restricción puede acceder el ciudadano), hacia la atención hospitalaria, más costosa que la primera.

Exp. 2: «...los grupos de rentas bajas pues podrían optar por no ir al médico general, o a las urgencias, y, en caso de que el problema de enfermedad se agravara ingresar, y eso puede aumentar los costes, que si no se trata el problema de enfermedad. Esto es una especulación porque no tenemos una evidencia empírica, ni hay estudios empíricos correctos, pero es razonable pensar que los grupos de rentas bajas, los grupos más vulnerables pues no utilizarían los servicios sanitarios hasta que estuvieran muy malos, y cuando estuvieran muy malos puede que nos cueste más el tema. Es una posibilidad».

Exp. 1: «...se ha visto en algunos estudios que si tu pones copago no consigues bajar los gastos porque aumentas las estancias hospitalarias (...) Dicho eso, eso se ha visto en casos como el americano, donde el copago es muy alto, no estamos hablando de poner un euro por receta, o de que la gente tenga que pagar 2, 3 euros o los que sea por ir al médico, estamos hablando ya de que es un copago de 2.000 dólares por una operación».

Otro de los elementos que se indican que son los primeros que se dejan de utilizar al establecerse sistemas de copago son los sistemas de prevención.

Exp. 1: «...cuando tu pones copago lo primero que la gente deja de hacer es el preventivo, ¿por qué? porque no tiene síntomas (...) es que incluso cuando es gratis los tratamientos preventivos la gente no los sigue (...) en el largo plazo, pues es posible que si la gente no sigue el tratamiento preventivo que acabe costando más dinero».

Intereses privados en el establecimiento del copago sanitario

Una pregunta que está en el aire es hasta qué punto puede favorecer el establecimiento de un sistema de copago sanitario a las empresas privadas de salud. En este sentido se han manifestado parte de los expertos al afirmar que se está produciendo una privatización de los servicios públicos, y que además se está produciendo sin ningún tipo de evaluación. Cierta sector político insiste en afirmar que las empresas privadas de salud son mejores gestores que la administración pública, pero sistemáticamente eluden dar cifras sobre el ahorro que supondría privatizar la asistencia sanitaria, o ceder su gestión. Ya existen algunos proyectos en este sentido, que según nos indican los expertos, no han sido evaluados, y sobre los que no se aportan cifras del coste de su gestión.

Exp. 2: «...la crisis se está utilizando, en cierta manera, por parte de ciertos grupos como una excusa para un proceso agresivo de privatización de la sociedad, es decir, de mercantilizar actividades que de alguna manera protegían».

Exp. 2: «...todo este tipo de experiencias de paternariado público-privado, concesiones administrativas, donde el modelo clásico serían los modelos de Valencia, Alsira, Rivera Salud, todo esto, que se podría haber experimentado, y haber evaluado (...) no evaluamos nada, tiramos según la ideología, y entonces, según la ideología, de haber sido un experimento, que se podría haber experimentado, se está expandiendo masivamente en todas las comunidades autónomas gobernadas por el Partido Popular, sin ningún tipo de evaluación. Porque claro, si tú los oyes a los responsables te dicen que todo es maravilloso y si oyes a los críticos te dicen que poco menos que aquello es terrorífico, pero no tenemos evaluación independiente, en este país brilla por su ausencia el evaluar, aquí las cosas son buenas o malas por dictámenes de expertos que además se basan en asunciones, como yo llamo teológicas, muy basadas en el fe, pero poco en la evidencia empírica».

El mercado sanitario resulta muy *goloso* para las empresas privadas que ven en él una gran oportunidad, ya que el número de *consumidores* es altísimo, y en el que por ahora España tiene un porcentaje relativamente bajo, aunque como se apunta por los expertos, mayor de lo que a priori se piensa.

Exp. 4: «España tiene un 30 % de gasto privado del total del gasto sanitario. Esa cifra no llega, no de lejos, ningún país del norte de Europa, ni lo llega el Reino Unido, los países con los que en teoría más similitudes de modelo sanitario tenemos. La doble cobertura público-privada en CC. AA. como Madrid, Cataluña, Baleares, es muy alta (...) además se han introducido mecanismos, sobre todo en Cataluña de desgravación fiscal en el caso de que tu tengas un aseguramiento privado (...) evidentemente lo que estás haciendo es detraer financiación, vía impuestos para esas prestaciones que en principio eran, eran para todos (...) hay una estrategia clara de privatizar el mundo (...) Oliver Lenwing, que es uno de los miembros del actual gabinete de David Cameron publicó un libro que se llamaba así Privatizar el mundo. Estrategias para conseguirlo, en el año 88 me parece que fue (...) y la sanidad es el último territorio virgen dentro de la comercialización de cualquier tipo de bien o de servicio, y hay muchos intereses para comercializarlo (...) porque además hipoteca a gobiernos posteriores, es decir, aunque cambie el gobierno correspondiente, la indemnización que tiene que pagar a las empresas privadas adjudicatarias de la concesión es tan alto que está atado de pies y manos».

Y este mercado parece que se está abriendo ya, con algunas experiencias en distintas CC. AA., en las que las empresas que están entrando en el sector sanitario no tienen que ser necesariamente empresas del ámbito, lo cual cuanto menos preocupa al sector.

Exp. 2: «...eso ya también lo decía Evans en los años 70, o sea, el debate periódico que hacen muchos economistas sobre las bondades del mercado sanitario es un debate ideológico (...) la sanidad en EEUU con mayores dosis privadas, un sesenta y tantos por ciento de la financiación de EEUU es privada, es un ejemplo de caro, despilfarro, cuarenta o cincuenta millones de ciudadanos fuera de cualquier cobertura, otros tantos millones con coberturas insuficientes, riesgos catastróficos, o sea, es un desastre, porque el mercado en sanidad no funciona, y así lo acredita la evidencia empírica y los modelos teóricos (...) periódicamente surge el debate sobre la

sanidad pública y la sanidad privada pero ¿por qué? Bueno porque hay mucho dinero en sanidad (...) y porque los grupos empresariales y las aseguradoras están interesadas en captar parte de ese negocio. Una manera de hacerlo es dificultando y empobreciendo el sistema público, si yo empobrezco el sistema público las clases medias tenderán a migrar a seguros privados, y como además si luego hay problemas en este país tenemos por lo visto la costumbre de rescatar siempre a la empresa privada (...) siempre y cuando tenga dimensión suficiente y sea grande (...) yo creo que no puedes hablar del copago sin verlo en relación a las operaciones que se están produciendo ahora mismo en mercados secundarios, las experiencias que está habiendo en Castilla-La Mancha, por ejemplo Rivera Salud, que está como accionista en todas las concesiones administrativas de la Comunidad Valenciana, en todas, pues está en venta, ¿quién la va a comprar? Caprio, una empresa de capital riesgo que había por ahí, HelpParner creo que era, yo no lo sé, pero esto plantea problemas muy serios, quiero decir, la utilización, la existencia de mercados secundarios puede hacer que centros que están concertados y que atienden a una población pueden de buenas a primeras verse en manos de segmentos privados con fines de beneficio, que probablemente pueden no tener ningún interés en la sanidad, cosa que me parece absolutamente legítima, quiero decir, si yo soy una empresa de capital riesgo, yo lo que me interesa es ganar dinero, no me pueden echar a mí la culpa, es un Gobierno el que tiene que evitar eso (...) yo creo que está muy interrelacionado el establecimiento de copagos con el fuerte dinamismo que está tomando el sector, ciertos sectores en España, a la búsqueda de negocio. Claro, una sanidad pública potente no permite que el sector privado se expanda».

Se resume como un problema de mercantilización de todos los sectores, y en España el sector sanitario todavía no había asistido a un intento privatizador de la envergadura del que se está desarrollando en los últimos tiempos. Con la excusa de la crisis económica se está tratando de abrir este mercado, y el establecimiento de copago podría ser una forma de incentivar este mercado secundario sanitario. Y, como se pone de manifiesto sin llevar a cabo otras políticas que podrían tener mayor peso a la hora de financiar el sistema sanitario.

Exp. 2: «Yo creo que lo que hay es un problema, de mercantilización de todo (...) en el sentido de que tu estableces un copago, mientras bajas impuestos, mientras permites un fraude fiscal masivo, o sea, tu introduces el copago para la diálisis, introduces el copago para los fármacos mientras haces un decreto de amnistía fiscal (...) el mercado sirve siempre y cuando se mueva en un entramado institucional, y hay cosas muy importantes que no se pueden mercantilizar, y cosas muy importantes a las que conviene no ponerle precio monetario. Y yo creo que una de ellas es la sanidad».

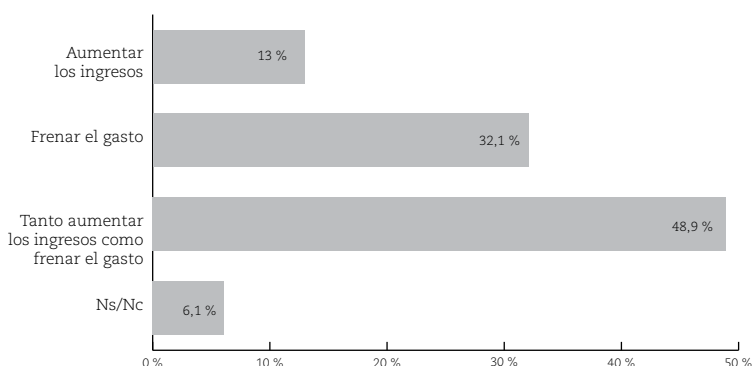
5.5. Copago desde el punto de vista de los ciudadanos

En este epígrafe se van a analizar las respuestas de los andaluces a aquellos temas que en el cuestionario abordaban directamente el copago sanitario. Así, en primer lugar se observará el grado de conocimiento de los ciudadanos sobre el concepto «copago sanitario», así como su percepción sobre la hipotética implantación de este sistema impositivo, sobre los efectos que tendría, y sobre su relación con la gestión y financiación de los servicios públicos. También se abordará la relación entre la percepción de abuso del sistema sanitario y la opinión de los ciudadanos sobre la necesidad de establecer un sistema de copago sanitario. En suma se trata de analizar el conocimiento y la opinión ciudadana sobre el copago y los principales temas con los que se le pone en relación.

Opinión de los andaluces sobre el copago sanitario

En el cuestionario que se construyó al efecto de este proyecto de investigación se le preguntaba a los andaluces mayores de 18 años, entre otras cuestiones, si en un hipotético caso de que el Estado necesitara obtener más ingresos económicos, directamente relacionados con los servicios sanitarios, cuál sería para ellos la opción más adecuada, si aumentar los ingresos, frenar el gasto o ambas opciones en la misma medida. Se trataba con ello por una parte de no dar por sentada la quiebra del sistema y desde esta perspectiva de conocer cuál es la postura de los ciudadanos consultados, si el aumento de los ingresos estatales, los cuales podrían provenir de un aumento de los impuestos, ya sean estos directos, indirectos, generalistas o específicos para determinados grupos, o si consideran que es mejor que con los ingresos que ya tiene

Gráfico 5.1. Suponiendo que hubiera que obtener más recursos económicos para la asistencia sanitaria, ¿cuál cree Ud. que es la opción más adecuada?

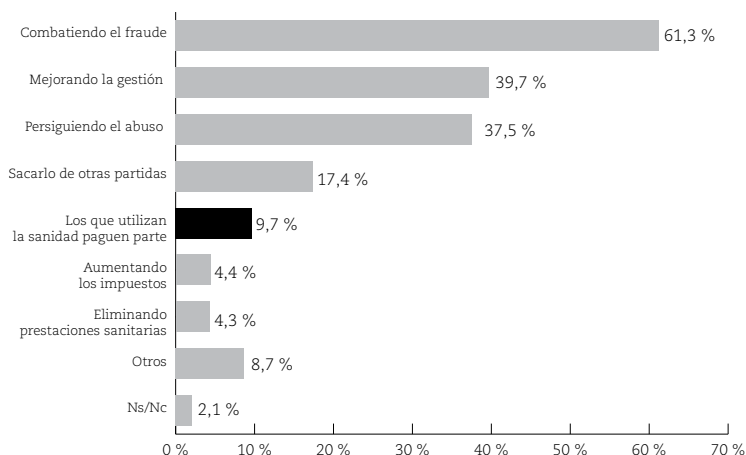


Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

el Estado, trate de gestionarlos mejor y frenar el gasto. Los andaluces consideran en general que es importante tanto aumentar los ingresos como frenar el gasto para conseguir más recursos económicos para la asistencia sanitaria, y fundamentalmente frenar el gasto.

Este aumento de ingresos o freno de gasto según los entrevistados debería conseguirse fundamentalmente combatiendo el fraude. Esta fórmula para conseguir ingresos para la asistencia sanitaria es mencionada por tres de cada cinco encuestados. Es fundamentalmente una política de aumento de los ingresos, pero sin incidir en una subida de impuestos, más bien parecen proponer una política fiscal más adecuada que combata el fraude. Como segunda medida en importancia proponen una mejora de la gestión sanitaria, fórmula que supondría cierto freno del gasto y, en tercer lugar, persiguiendo el abuso. Sólo el 9,7 % de los encuestados creen que una forma de aumentar los ingresos o frenar el gasto sería que las personas que utilizan los servicios sanitarios paguen una parte. Esta respuesta hace referencia directa a la implantación de un sistema de copago sanitario, y cómo se observa en el porcentaje de respuestas, los ciudadanos andaluces que consideran que esta sería una buena alternativa para conseguir financiación para el sistema sanitario no son numerosos, sobre todo si se compara con la alternativa que mayores respuestas obtiene, el mencionado combate contra el fraude fiscal.

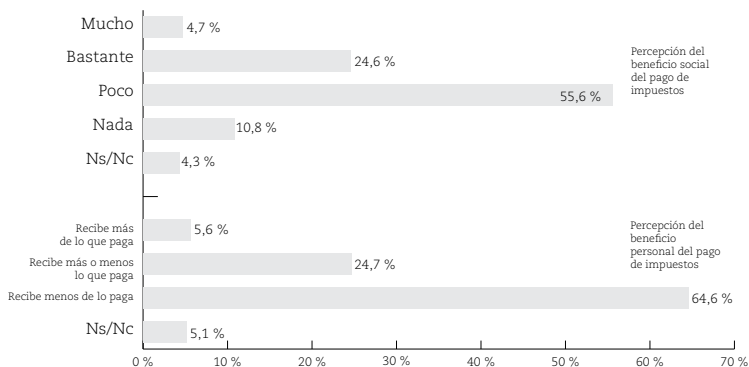
Gráfico 5.2. ¿Cómo cree Ud. que podría hacerse? (multirespuesta)



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Así, como se ha visto, para los ciudadanos lo fundamental es que se combata el fraude, mostrando de esta forma que existe una visión bastante generalizada sobre la ineficacia del sistema fiscal. En este sentido es interesante el estudio realizado por el CIS en julio de 2012 sobre el sistema fiscal en España. Comprobamos en dicho estudio que la población en general considera que los impuestos tienen como función principal que el Estado pueda prestar servicios públicos (48,1 %), por encima de la función de redistribución de la riqueza en una sociedad (9,3 %). Pero también es evidente que un porcentaje bastante alto de la población considera que los impuestos «son algo que nos obliga a pagar el Estado sin saber a cambio de qué» (38,2 %). Y en este sentido se observa que en general se tiene una percepción bastante negativa sobre el beneficio personal del pago de impuestos, considerando el 64,6 % de los entrevistados que recibe menos de lo que paga. También hay una percepción bastante negativa sobre el beneficio social del pago de impuestos, considerando la mayoría que este es poco o muy poco. No parece extraño, al observar estos datos que los ciudadanos den prioridad a que se gestionen mejor los recursos, por encima del pago de nuevos impuestos, y a que todos contribuyan, tratando de combatir el fraude fiscal.

Gráfico 5.3. Teniendo en cuenta lo que Ud. y su familia reciben del Estado en servicios sanitarios, Seguridad Social, enseñanza, carreteras, etc., ¿diría Ud. que el Estado le da más de lo que Ud. paga en impuestos y cotizaciones, más o menos lo que paga, o menos de lo que paga en impuestos y cotizaciones?

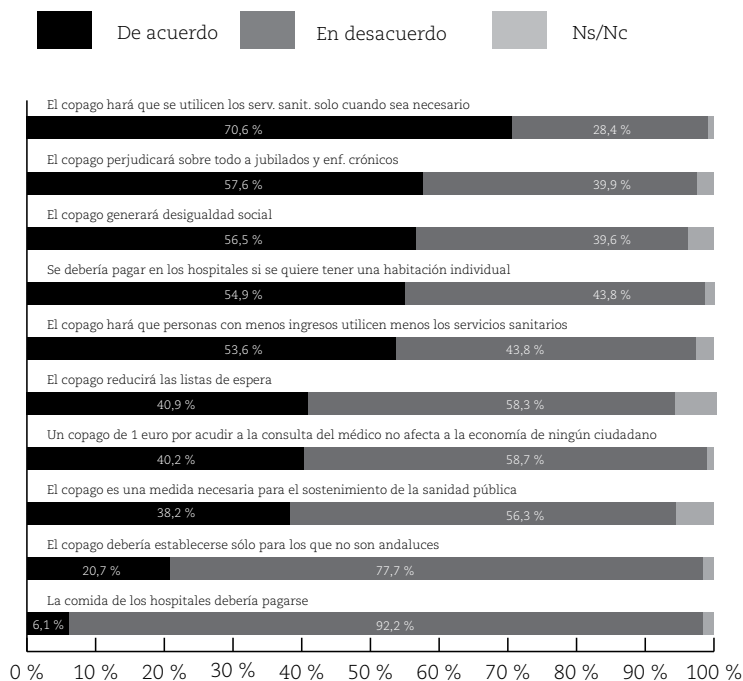


Fuente: CIS (Estudio 2953) Julio 2012.

Además, según este mismo estudio, la mayoría de los ciudadanos en España considera que pagamos muchos impuestos (66,3 %), más que en otros países de Europa, y que además los impuestos no son justos, considerando el 88 % de los entrevistados que no pagan más los que más tienen. Con todo esto, como se ha dicho anteriormente, no es de extrañar que los ciudadanos andaluces crean que lo importante es combatir el fraude, y no subir los impuestos o copagar la sanidad, o eliminar prestaciones sanitarias.

Volviendo al estudio realizado en Andalucía sobre copago sanitario, destacar que casi ocho de cada diez ciudadanos en Andalucía conoce o ha oído hablar sobre copago sanitario. No es extraño ya que en los meses precedentes a la realización de la encuestas fueron muchas las noticias que en los medios de comunicación abordaron este tema, así como los problemas de la sanidad para su sostenibilidad económica. No obstante, debido a que es posible que las personas hayan oído hablar, pero no tengan un conocimiento claro sobre el tema, en la siguiente pregunta se les realiza una pequeña aclaración, con el fin de que todos los entrevistados tengan la misma información a la hora de seguir valorando el sistema mencionado: «el copago sanitario supone pagar un precio, aunque sea pequeño, por la atención, tratamien-

Gráfico 5.4. **Estoy de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre copago**



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

tos o servicios sanitarios (por ejemplo, pagar por ir al centro de salud, al especialista o a un hospital, o por un determinado tratamiento o prueba)». A partir de aquí se les pidió que mostraran su acuerdo o desacuerdo con cada una de las frases que se exponían en relación al copago sanitario, y que se muestran en el gráfico 5.4.

Entre las cuestiones que se plantean, hay tres preguntas que inciden directamente sobre la posible desigualdad e inequidad que supondría el establecimiento de algún tipo de copago sanitario. Así, algo más de la mitad de los ciudadanos en Andalucía creen que el establecimiento de copago sanitario *perjudicará sobre todo a jubilados y enfermos crónicos*, los usuarios que normalmente tienen mayor frecuentación a los servicios sanitarios, y que por tanto deberán abonar más al sistema. Un porcentaje similar considera que *el copago generará desigualdad social*, es decir, que es inequitativo, al gravar en el enfermo y no en el ciudadano

parte del coste sanitario. Si como indican muchos investigadores (Benach, 1997; Whitehead, 1992) aquellos más enfermos son también los más pobres, esta desigualdad no sólo se generará sino que aumentará en aquellos colectivos que ya se encontraban en situación más vulnerable. También consideran los andaluces que el establecimiento de este tipo de pago *hará que las personas con menos ingresos utilicen menos los servicios sanitarios*, con el perjuicio que eso puede tener para su salud. En el mismo sentido, un 58 % de los encuestados no estaría de acuerdo en que *el pago de un euro por acudir a la consulta del médico no afecte a la economía de ningún ciudadano*. La situación económica actual hace a las personas más conscientes de la dificultades que muchas familias están atravesando, y seguramente sean estos hogares los que se vean más afectados por un posible establecimiento de pago en los servicios sanitarios. Pero esta visión es compartida por aproximadamente la mitad de la población entrevistada, mientras que otro 40 % considera que el copago no producirá desigualdad social ni situaciones de inequidad.

Un porcentaje importante, más del 70 %, considera que el copago hará que se utilicen los servicios sólo cuando sean necesarios. En este sentido muchos ciudadanos han interiorizado la idea de que hay personas que van a los servicios sanitarios sin necesidad y esta sería una de las causas de los problemas económicos del sistema sanitario y por tanto una medida para su solución sería la eliminación de dicho abuso. El copago como freno al uso innecesario también es uno de los argumentos que se utilizan por algunos investigadores que tratan el tema, de forma que el copago se convertiría en una forma de *educar* a la población en el uso responsable de los recursos.

También en este sentido, un 40,9 % de los encuestados creen que el establecimiento de copago *reducirá las listas de espera*, con lo que mejorará la gestión de los servicios sanitarios. Con esto lo que los ciudadanos creen es que habrá personas que al establecer una cuota o pago por la asistencia sanitaria no acudirán al médico o no se realizarán pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas (que es dónde las listas de espera son mayores). Hasta qué punto esta reducción de las listas de espera puede perjudicar a la salud de los ciudadanos es algo que quizás no se observa de forma tan inmediata.

Por otro lado, casi un 55 % de los ciudadanos en Andalucía consideran *que las personas que en un hospital quieren tener una habitación individual deberían pagar por ella*. Esta opción, más parecida a la gestión privada que a la pública, en la que se paga por *extras* en la atención y que en-

traña una desigualdad ciudadana de base, es un indicador interesante de que los ciudadanos asumen el discurso de la necesidad y que ante el mismo ponen por delante no perder servicios a su propia comodidad o igualdad. Más aún teniendo en cuenta que disponer de una habitación individual no es un derecho que actualmente se posea en Andalucía y que por ende los entrevistados lo ven, bien como azaroso, bien vinculado a relaciones informales, es lógico que la respuesta dada vaya en ese sentido.

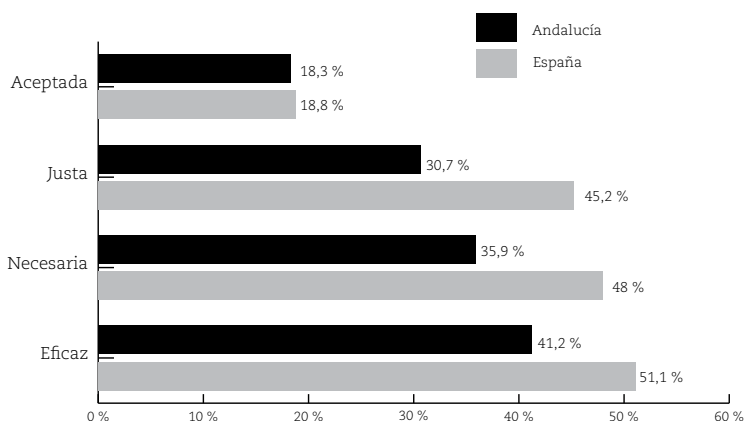
Sin embargo, en otro ámbito hostelero de la atención hospitalaria, como es la comida, los entrevistados se niegan a pagar por ella en más de un 92 % lo que quizás sí que tenga que ver con que ese derecho sí que está consolidado. De hecho, es el indicador en el que más respuestas negativas se producen, tanto por los encuestados que creen que el copago es innecesario como entre aquellos que lo consideran necesario.

Por último, dos de cada tres encuestados no están de acuerdo en que el *copago se establezca sólo para los no andaluces*. Aun así, un 20 % sí que cree que la sanidad debe ser gratuita de forma exclusiva para los autóctonos, cobrándose para aquellos que vienen de fuera a «disfrutar» de «nuestra» sanidad. Mensaje que, dicho sea de paso, ha ocupado tribunas mediáticas y políticas a nivel nacional magnificando la idea del «turismo sanitario» como si los inmigrantes hubieran venido a España por ese motivo.

En general, teniendo en cuenta sus pros y sus contras, seis de cada diez entrevistados creen que el copago no es una medida eficaz (gráfico 5.5). Un 35,9 % piensa que es una medida necesaria dada las circunstancias, pero unos y otros consideran que sería una medida no aceptada por la población andaluza. Los andaluces se muestran menos receptivos al copago que los españoles, según el estudio realizado por la Consultora Análisis e Investigación en 2011, que muestra también porcentajes de apoyo superiores en España en cuanto a la percepción de la necesidad, eficacia y justicia de la medida, con diferencias de entre 9 y 14 puntos porcentuales.

Entre aquellas personas que consideran en Andalucía que el copago es una medida innecesaria (59,5 %), menos de un 10 % considera que es una medida justa, y sólo un 12 % considera que la aceptaría la población. No obstante, a pesar de considerarla innecesaria, un 20 % considera que sería eficaz. Es decir, una parte de los andaluces consideran innecesario el establecimiento del copago y aún así creen que serviría para recaudar y/o inhibir el consumo de servicios sanitarios y que por

Gráfico 5.5. El copago es una medida....

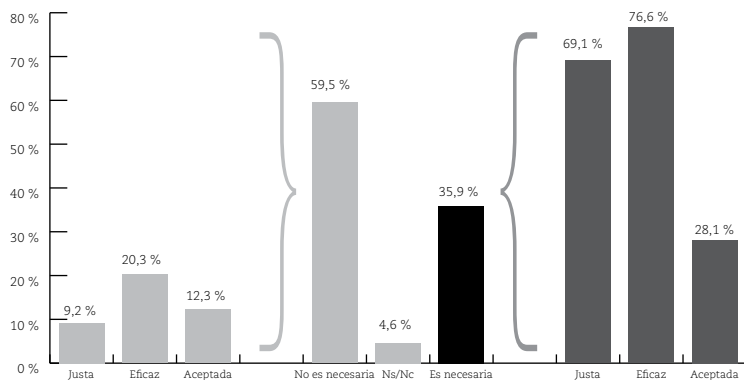


Fuente: datos para Andalucía: IESA-CSIC (E-1208); datos para España: Consultora Análisis e Investigación: Observatorio Sanitario 2011 (Rev1).

tanto sería eficaz. Por su lado, entre los que creen que el copago es una medida necesaria (el 35,9 %), la mayoría cree que es justa y además será eficaz. No obstante, también consideran que no será aceptada por la mayor parte de la población (gráfico 5.6).

Para aquellos ciudadanos que consideran que el copago es necesario, los principales motivos son el abuso (manifestado por el 32,9 % de los entrevistados que consideran el copago necesario), la sostenibilidad del sistema sanitario (21,4 %), el abuso y fraude en el consumo de medicamentos (10,8 %), la situación económica actual (9,9 %), la mejora del servicio (7,8 %), el derroche actual (2,7 %) u otras causas. Así, para estos ciudadanos la situación económica es uno de los principales elementos, y sea por la situación de crisis o por la insostenibilidad del sistema, consideran que es necesario «abrocharse el cinturón» para poder conservar un sistema sanitario, por otro lado, muy bien valorado por la ciudadanía. Pero no sólo esta situación coyuntural de la economía explicaría la necesidad de establecer un tique o pago de los servicios sanitarios, sino que también el uso irresponsable de los mismos, el abuso realizado por los usuarios o pacientes es una causa de peso para explicar la necesidad del establecimiento de copago sanitario. Se considera que en muchas ocasiones los ciudadanos acuden a los servicios

Gráfico 5.6. Definición del copago según su necesidad para el entrevistado



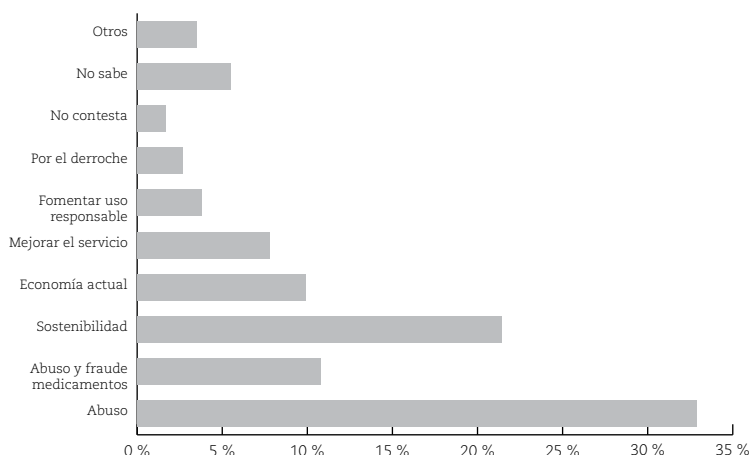
Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

sanitarios sin necesidad real y que por tanto una barrera de entrada como puede ser el pago de cierta parte de los servicios supondría una forma de que los pacientes se lo piensen bien antes de acudir, y solamente lo hagan cuando sea realmente necesario (gráfico 5.7).

Perfil de los entrevistados según su opinión sobre el copago

Se ha analizado el perfil de los entrevistados según su opinión sobre la necesidad de establecer un sistema de copago sanitario o no. En primer lugar se ha tenido en cuenta la respuesta espontánea de los entrevistados ante la forma de conseguir más recursos económicos para el sistema sanitario. Aquellas personas que dijeron que una forma de conseguir esto sería que los que utilizan la sanidad paguen una parte, es decir, que se establezcan copagos por utilización, presentan diferencias según su perfil sociodemográfico. Así, el nivel de estudios es la variable que más influye en que de forma espontánea el entrevistado considere que para conseguir mayores recursos económicos para sanidad es necesario establecer copagos. Aquellas personas que tienen estudios universitarios, indican en mayor porcentaje que sería necesario que los que utilizan la sanidad paguen una parte (17,6 %), frente al resto de entrevistados con un nivel de estudios inferior al universitario

Gráfico 5.7. Principal motivo por el que es necesario establecer copago según los entrevistados

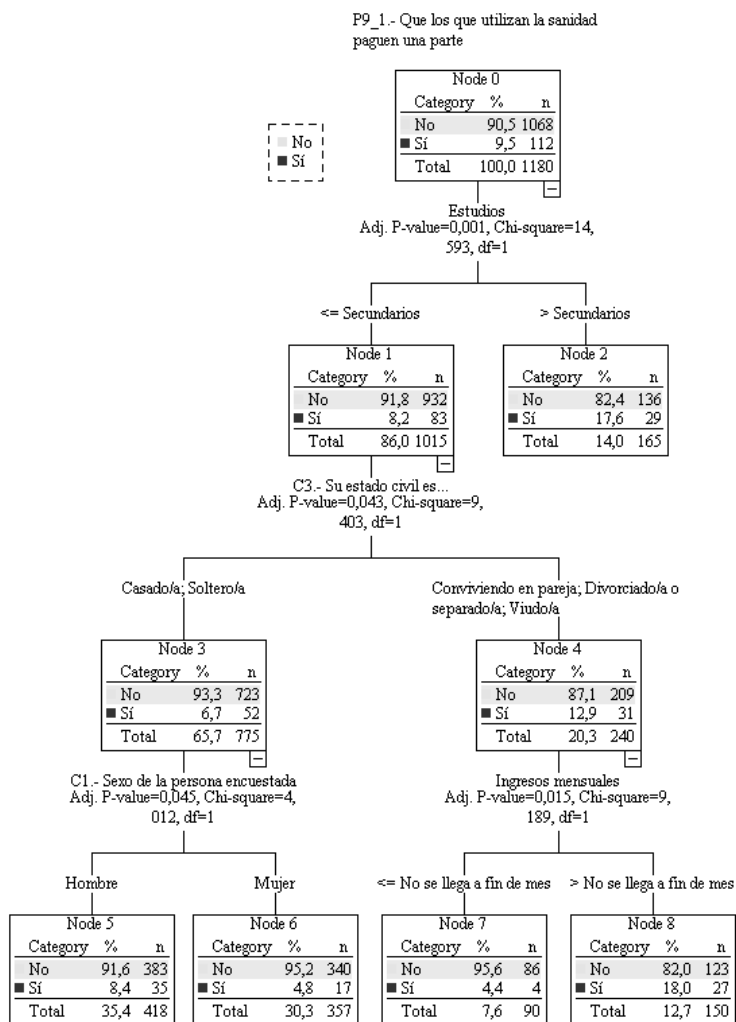


Fuente: IESA-CSIC (E-1208). Base: entrevistados que han contestado que el copago era necesario (35,9 %).

(8,2 %). Entre estos últimos, convivir en pareja, estar divorciado, separado o viudo supone aumentar el porcentaje de personas que consideran necesario instaurar copagos sanitarios hasta alcanzar casi el 13 %. Y entre estos tener una situación económica que hace que no se llegue a final de mes con los ingresos obtenidos por la familia supone estar a favor del copago en un 18 %, casi 8,5 puntos porcentuales más que a nivel general. Este sería el perfil más a favor de establecer copagos sanitarios. En el lado contrario, entre aquellos que menos a favor estarían de establecer copago para conseguir recursos económicos para el sistema sanitario, estarían las mujeres, casadas o solteras, con estudios inferiores a universitarios (gráfico 5.8).

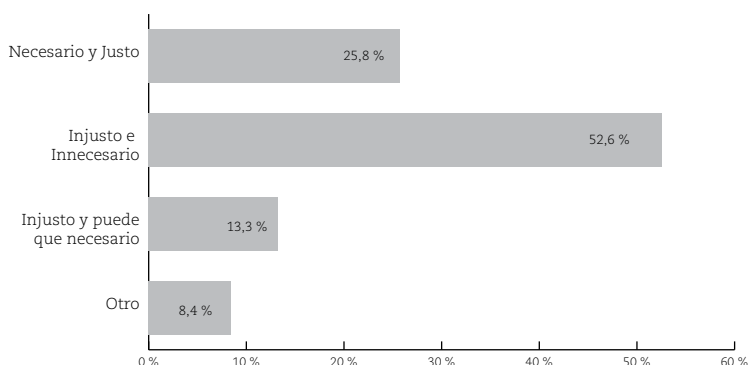
Por otro lado, se ha clasificado a las personas según si consideran que el copago es una medida necesaria y justa. Según se puede observar en el gráfico 5.9, un 53,1 % de los entrevistados consideran que el establecimiento de un sistema de copago sanitario no sólo es innecesario, sino que es injusto. Por su lado un 12,3 % consideran que es injusto pero que puede ser necesario según está la situación económica en la actualidad. Para un 24,8 % el copago es necesario y además lo consideran una medida justa.

Gráfico 5.8. Perfil de los entrevistados que consideran que para obtener recursos económicos para la sanidad es necesario que los que la utilizan paguen una parte (análisis de segmentación jerárquica)



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Gráfico 5.9. Necesidad y justicia de la implantación de un copago sanitario

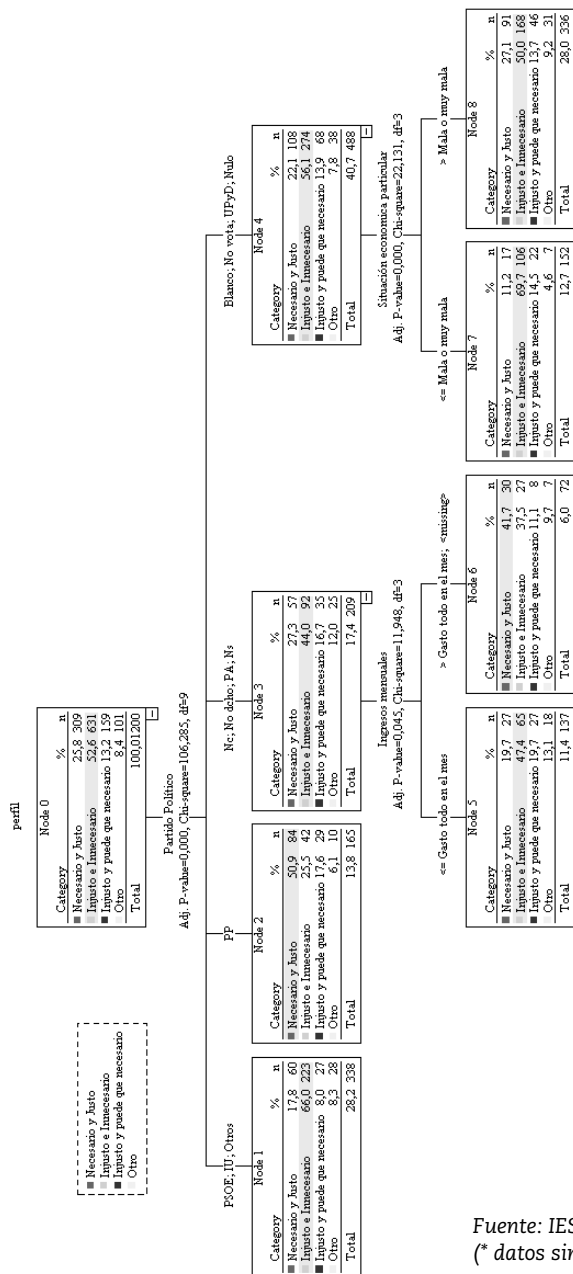


Fuente: IESA-CSIC (E-1208) (* Datos sin ponderar).

Utilizando esta nueva clasificación de la opinión de los entrevistados, en estas cuatro categorías se ha realizado un análisis del perfil de los andaluces que se muestra en el gráfico 5.10. En él se puede observar que la categoría modal, aquella que obtiene la mayor puntuación en casi todos los grupos es que el copago es injusto e innecesario. La variable que más influye en la opinión de los entrevistados es el partido al que votaría en unas elecciones autonómicas que se celebraran en un futuro. Sólo si el partido al que se votaría fuera el Partido Popular, se produce un cambio en la categoría más mencionada que pasaría a ser que el copago es necesario y justo, considerándolo así un 50,9 % de los entrevistados simpatizantes del Partido Popular, el doble que a nivel general. Los futuros votantes del Partido Socialista, de Izquierda Unida, y de otros partidos minoritarios serían los que estarían más en desacuerdo con la necesidad y justicia de esta posible medida.

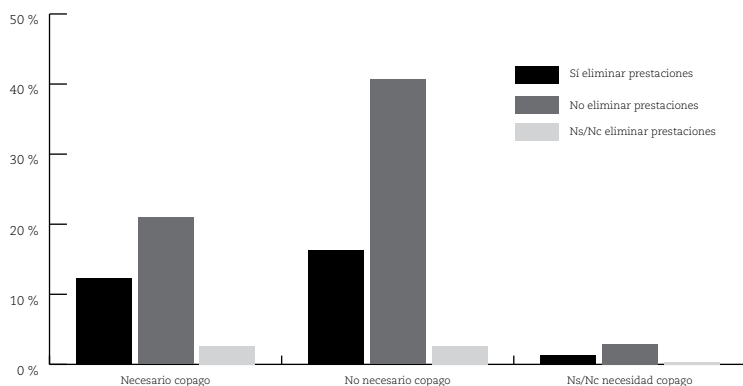
También consideran que es una medida justa y necesaria los votantes del Partido Andalucista, aquellos que no tienen derecho a voto o que dicen no saber a quién votar y cuyos ingresos mensuales no les permiten ahorrar, es decir, o lo gastan todo en el mismo mes o no llegan a fin de mes. Estos consideran que el copago es necesario y justo en un 41,7 %, casi 16 puntos porcentuales más que a nivel general.

Gráfico 5.10. Perfil de los entrevistados según la necesidad y justicia que consideran tiene la implantación de un copago sanitario (análisis de segmentación jerárquica)



Fuente: IESA-CSIC (E-1208)
(* datos sin ponderar).

Gráfico 5.11. Necesidad de establecer copago y acuerdo con dejar de financiar ciertas prestaciones sanitarias para el entrevistado



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Cartera de servicios «prescindibles»

Los entrevistados, aproximadamente un 30 %, estarían de acuerdo con dejar de financiar ciertas prestaciones sanitarias utilizadas por pocas personas para ahorrar en sanidad, aunque de éstos más de la mitad no sabrían decir de qué servicio o servicios prescindir, teniendo una idea más bien genérica de la necesidad de reducir prestaciones sanitarias pero sin especificar cuáles podrían ser las superfluas. Entre los servicios más prescindibles para los andaluces, están las operaciones de cambio de sexo, que eliminarían el 16,6 % de los entrevistados, las operaciones de estética, mencionadas por el 6,8 %, ciertos medicamentos (4,5 %), servicios de enfermería (2,3 %), y otros servicios mencionados por un porcentaje inferior al 2 %.

Existe asociación entre opinar que el copago es una medida necesaria y creer que es necesario dejar de financiar ciertas prestaciones o servicios sanitarios. Así, aquellos ciudadanos que se muestran más en contra de la necesidad de instaurar copago, son también los que más se oponen a dejar de financiar prestaciones, mostrándose en contra de ambas cuestiones el 40,6 % de los entrevistados. Por otro lado, casi un 21 % de los ciudadanos en Andalucía, a pesar de considerar necesario establecer copago sanitario creen que esto no debe implicar dejar de financiar ciertas prestaciones sanitarias. En el lado contrario, un 16 %

cree que si que hay que eliminar prestaciones de la cartera pública pero no establecer copago, mientras un 12 % cree necesario realizar ambas reformas en nuestro sistema público.

5.6. Copago de medicamentos

El principal copago que actualmente está establecido en España es el copago de medicamentos, que además ha sido modificado recientemente. Este tipo de copago, el más extendido en la mayoría de los países de nuestro entorno, supone que el paciente, si tras acudir al médico recibe una receta en la cual se le prescribe un medicamento, tiene que acudir a una oficina de farmacia y allí abonar un porcentaje del coste real del medicamento, que variará según su situación económica y/o laboral.

Datos sobre consumo de medicamentos en España y la UE

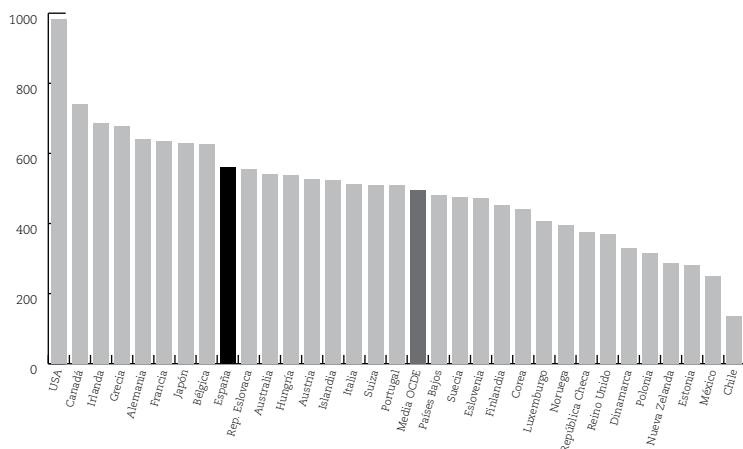
Son muchas las voces que han puesto el acento en el gran consumo de medicamentos en nuestro país. Se indica que es superior al consumo en los países de nuestro entorno, y que teniendo en cuenta que no tenemos peor salud, como se ha comprobado en capítulos anteriores, parece que este mayor consumo no está justificado por una mayor prevalencia de enfermedades.

Efectivamente, como se puede observar en el gráfico 5.12, en España el gasto farmacéutico por habitante es superior a la media de los países de la OCDE, aunque con menor gasto que países como Estados Unidos, Canadá, Irlanda, Grecia, Alemania, Francia, Japón y Bélgica.

En el gasto en farmacia, medido como porcentaje del gasto sanitario total, también nos situamos por encima de la media de la OCDE, que invierte en esta partida el 16,6 % de su gasto sanitario total para el año 2010, mientras que España emplea el 18,4 %.

Se ha considerado interesante poner en relación el gasto farmacéutico con el porcentaje de personas de 65 años o más en cada país. Según el Observatorio de Políticas de Salud, en 2010 existían en España más de 8.600.000 pensionistas, con una pensión media de 776 euros o 570 en caso de viudedad (OPS, 2010). Indican además que el 80 % de los pensionistas tiene una o varias enfermedades crónicas y, en su mayoría están poli-medicados. El envejecimiento en España es un hecho,

Gráfico 5.12. Gasto farmacéutico total per cápita por países



Fuente: OECD Health Data 2012 <<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>>.

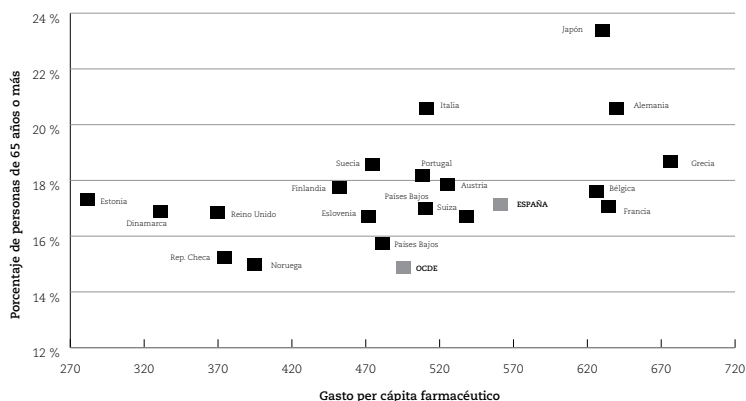
Datos: US\$ paridad de poder adquisitivo.

y puede estar en la base del alto gasto farmacéutico en el país, pero tal como se puede apreciar en el gráfico 5.13, no parece ser la única explicación, ya que si bien países como Japón, Alemania o Grecia, con mayor porcentaje de población envejecida que en España, también tienen un mayor gasto farmacéutico, encontramos también países, que con un porcentaje similar al nuestro, o incluso con mayor porcentaje de personas mayores, presentan menor gasto en farmacia, como por ejemplo Austria, Portugal, Suecia, Italia, o Reino Unido.

Por CC. AA., con datos de 2003, aportados por el Observatorio Social de España, Andalucía se muestra por debajo de la media nacional para ese año. Las CC. AA. con mayor gasto en farmacia serían la Comunidad Valenciana, y entre las que muestran un gasto menor están las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, la Comunidad de Madrid y las Islas Baleares. Andalucía presenta un porcentaje ligeramente inferior a la media (gráfico 5.14).

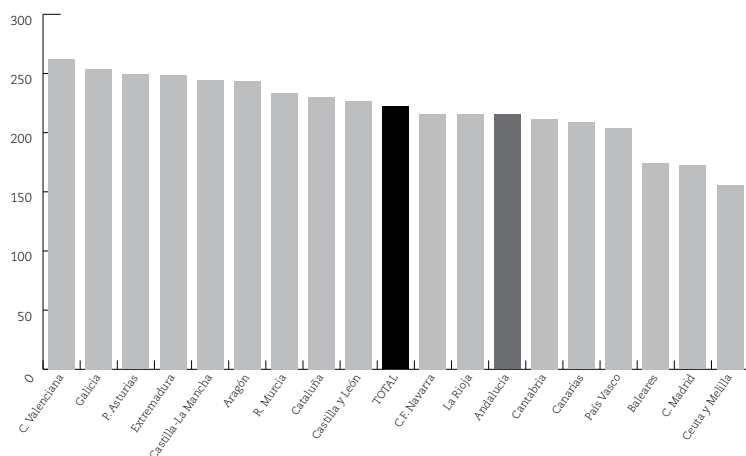
Según la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) «el gasto farmacéutico per cápita extrahospitalario tiene una gran variedad (media 268,73 €, máximo 313,40 €, mínimo 197,05 €). La diferencia entre la CC. AA. con mayor gasto y la de menor es del 63 %.

Gráfico 5.13. Gasto farmacéutico per cápita por países y porcentaje de población de 65 años o más en cada país



Fuentes: OECD Health Data 2012 <<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>> y Banco Mundial <<http://datos.bancomundial.org>>.

Gráfico 5.14. Gasto farmacéutico per cápita por CC. AA. (2003)



Fuente: Observatorio Social de España (INE, 2005).

Una parte de estas diferencias tienen que ver con el envejecimiento de la población, pero también con otras cuestiones como la implantación de genéricos, ya que existe una significativa correlación negativa entre gasto per cápita y porcentaje de genéricos utilizados» (OPS, 2010). En este sentido, la utilización de medicamentos genéricos es una decisión política que no parece que se haya implantado con la misma extensión en las distintas CC. AA.

Es necesario tener en cuenta que el gasto farmacéutico público es fundamentalmente responsabilidad de los prescriptores, es decir, del personal médico del propio sistema, por lo que la actitud del paciente o usuario resulta en muchos casos irrelevante en este consumo. Otro elemento sería el gasto farmacéutico privado, aquel que realizan los ciudadanos en medicamentos o productos sanitarios y/o farmacéuticos sin la necesaria prescripción médica, y que por tanto, son totalmente financiados por el bolsillo privado. En este sentido el papel del sistema sanitario es fundamental en el uso y/o abuso del consumo de medicamentos, ya que, como se ha indicado anteriormente, estos son prescritos por el médico. A pesar de ello en los medios de comunicación y en el discurso social aparece la figura de la persona de avanzada edad que acumula medicamentos en los cajones de su hogar, y que surte de medicamentos a toda su familia. El abuso de nuevo como elemento fundamental del problema de sostenimiento de la sanidad, en este caso de los medicamentos.

Cambios en el copago de medicamentos en España

El Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, dedica el capítulo IV de su articulado a la reforma del copago de medicamentos que existía en España. El nuevo sistema que ha entrado en vigor el 1 de julio ha modificado el modelo de aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria.

En el preámbulo de dicho Real Decreto se sientan las bases y fundamentos que han llevado a realizar esta reforma. En este sentido se indica que en la situación económica en la que se encuentra el país es «necesario, más que nunca, que las decisiones de financiación estén presididas por los criterios de evidencia científica de coste-efectividad y por la evaluación económica, con consideración del impacto presu-

puestario, en la que se tengan en cuenta un esquema de precio asociado al valor real que el medicamento o producto sanitario aporta al sistema». Así, bajo criterios principalmente económicos, bajo el principio de austeridad, se modifica el anterior sistema de copago farmacéutico.

Hasta ese momento existía un sistema de copago que diferenciaba entre jubilados o pensionistas por un lado, que estaban exentos de pagar los medicamentos, y el resto de ciudadanos por otro, que debían abonar el 40 % del precio del fármaco. Este sistema ha sido definido por muchos colectivos como un sistema injusto, ya que no tenía en cuenta la renta de cada persona, pero a su favor contaba con la sencillez de su aplicación, al no tener que diferenciar más que por una sola característica.

La reforma de este sistema supone introducir algunos elementos de renta, así como sobre la situación laboral, e incluir a los jubilados en el copago de medicamentos. De este modo, quedan excluidos de aportar cantidad alguna los parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo, en tanto subsista esta situación, los afectados por síndrome tóxico y personas con discapacidad según normativa específica, personas receptoras de rentas de ingreso mínimo de inserción, y personas receptoras de pensiones no contributivas. En cuanto a las personas activas (que no ocupadas), si tienen rentas inferiores a los 18.000 euros anuales su aportación al copago de medicamentos no se modifica y siguen aportando el 40 % del precio. Si sus ingresos son superiores a esta cantidad pero que no lleguen a 100.000 euros, aportan el 50 % del precio del medicamento, y si sus ingresos son de 100.000 o más euros anuales, pagarán el 60 %. Por último, los pensionistas, que hasta ahora no pagaban nada, pasan a pagar un 10 % del precio del fármaco, con una serie de límites máximos, en función de su nivel de renta. Este límite será de 8 euros al mes si su renta es inferior a 18.000 euros al año, sube hasta los 18 euros al mes si su renta está entre los 18.000 y los 100.000 euros anuales, y hasta un tope de 60 euros para rentas superiores a esta última cantidad. Si se supera esta aportación, la normativa española indica que la comunidad autónoma correspondiente reintegrará a la persona pensionista el exceso abonado. Los reembolsos dependerán de cada comunidad autónoma, normalmente cada seis meses. En el caso de Andalucía, gracias a la implantación del sistema informático que existe para la receta electrónica, los farmacéuticos conocen en el momento de la dispensación la aportación que cada paciente ha ido realizando, de modo que las personas pensionistas no tienen que adelantar dinero.

No obstante, los problemas de implantación en Andalucía no han sido pocos, a pesar de ser menores que en otras CC. AA. Así, se ha hecho necesario cruzar los datos sanitarios de los pacientes (tarjeta sanitaria del Servicio Andaluz de Salud) con los datos de renta (Ministerio de Hacienda) y Seguridad Social (datos de ocupación de la Tesorería de la Seguridad Social) para poder conocer el porcentaje de copago a aplicar. Además, si una persona cambia de situación laboral, el cambio no se produce de forma automática en su tarjeta, lo cual no está exento de problemas de aplicación. A esto hay que añadir los posibles problemas en la confidencialidad de los datos de los usuarios denunciados por numerosas plataformas ciudadanas, ya que una persona ajena a la administración (el personal de farmacia) puede conocer la situación económica y laboral de los ciudadanos (sus clientes).

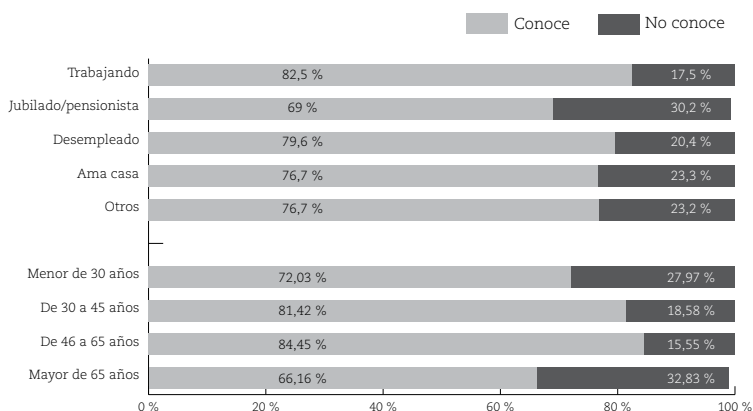
En resumen, se podría decir que con el nuevo sistema todos los pacientes pagan sus medicinas en función de su nivel de renta y no de ser pensionista o no. En teoría el sistema es más equitativo, al tener en cuenta la renta de los ciudadanos, aunque en la práctica no está tan claro, ya que los jubilados y pensionistas, que antes no aportaban nada, y que en un altísimo porcentaje tienen pensiones de menos de 600 €, ahora aportan un 10 % o al menos 8 € al mes (el 2 % de una pensión de 400 € por ejemplo).

Valoración de los ciudadanos sobre el nuevo copago de medicamentos

Un alto porcentaje de los andaluces (78 %) conocen o han oído hablar de la reforma realizada en el copago de medicamentos, entre septiembre y octubre de 2012 (cuando se realizaron las encuestas), dos meses tras la puesta en marcha de la medida. Curiosamente este porcentaje baja hasta el 69 % entre los jubilados o pensionistas, uno de los colectivos más afectados por la medida, siendo los más informados los trabajadores, y en general las personas de edades comprendidas entre los 30 y los 65 años.

La valoración sobre este nuevo sistema de pago de medicamentos es muy dispar. A un 34,5 % de los entrevistados les parece negativo o muy negativo este nuevo sistema, mientras para un 39,7 % es positivo o muy positivo, considerando el 22 % que no es ni positivo ni negativo. No se observan diferencias en la valoración del nuevo copago farmacéutico en función de que el entrevistado padezca o no una en-

Gráfico 5.15. Conocimiento de la reforma del copago farmacéutico según edad y situación laboral del entrevistado



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

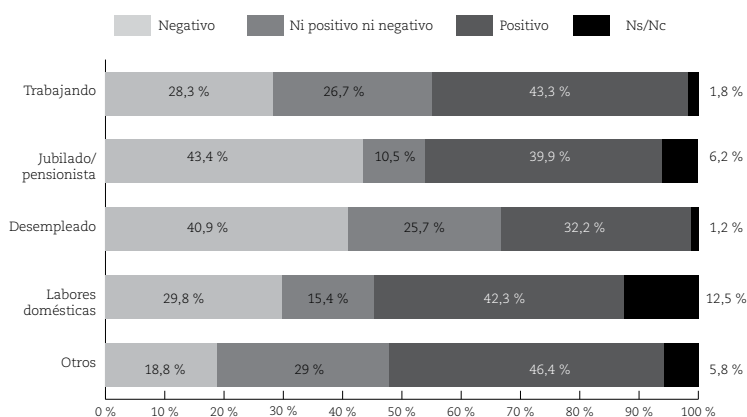
fermedad crónica que le obligue a medicarse de forma habitual, pero si hay diferencias, con una visión más negativa de este cambio si se es jubilado o pensionista. Este colectivo, antes exento del pago de medicamentos no ha visto la reforma que ahora les obliga a pagar una parte, de forma positiva. Otro colectivo que valora negativamente el cambio normativo es el de desempleados, a pesar de que en esta ocasión la modificación de la aportación les favorece (gráfico 5.16).

Opinión de los expertos sobre el copago de medicamentos

Se les preguntó a los expertos sobre su opinión respecto al copago de medicamentos, el único que en el momento de realizar las entrevistas había sido modificado, una reforma muy reciente en el momento en que los entrevistados expresan su opinión.

En general, no justifican el anterior sistema de copago como bueno o perfecto, pero con sus defectos e ineficiencias, no consideran que la solución sea el nuevo sistema.

Gráfico 5.16. Valoración del nuevo sistema de copago farmacéutico según la situación laboral del entrevistado



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Exp. 2: «...pero el sistema anterior era fácil, no tenía costes de transacción y ya se tenía, o sea, el sistema anterior tú eras un activo y pagabas un 40 % (...) y este era un sistema fácil, y los pensionistas no pagaban nada. ¿Qué era un sistema injusto? Sí, porque tú te podías encontrar pensionistas con unas pensiones muy buenas que no pagan fármacos mientras activos, que están parados, que son mileuristas y que tienen también problemas de enfermedad y que no pagan, sin duda, pero es que el sistema actual ¿va a mejorar eso en algo? ¿o va a empeorarlo en todos? (...) que el sistema no era bueno, de acuerdo, pero la alternativa que se ha implantado ¿es mejor?».

Exp. 4: «Yo creo que el modelo de copago que existía era un modelo profundamente injusto, era un modelo que necesitaba reforma, pero la reforma que se ha dado no es la más adecuada».

Otro argumento que aparece entre los expertos es el control del fraude para que realmente pague más quien más tiene, como parece que es el espíritu de la reforma. De esta manera, según el argumento esgrimido, sin una política transversal y clara de lucha contra el fraude fiscal, en todas sus capas sociales, los que realmente van a pagar más son los ciudadanos que denominan «de nómina» frente a otras profesiones que pueden ocultar sus ingresos.

Exp. 2: «...cuando tu tengas que pagar un porcentaje determinado, en un país con un fraude fiscal, que no me voy a cansar de decir, es una muestra del deterioro moral de nuestra sociedad, se va a dar la paradoja de que el empresario, el que tiene una clínica privada, el que tiene terrenos y no los declara, el constructor que ha metido mucho dinero negro Dios sabe dónde y que ahora lo está sacando, esos van a pagar un 40 %, y un funcionario que sea profesor de Universidad y que tenga un sueldo reglado pues va a pagar más».

Este mismo problema lo tenía el sistema anterior, pero no se soluciona con el nuevo sistema.

Exp. 2: «...¿esto que generaba? problemas de oportunismo y riesgo moral, en el sentido de que los pensionistas les sacaban fármacos a sus hijos, a sus nietos, eso sí, la verdad, eso es lo que se llama una subsidiación de costes, de tal manera que los pensionistas financiaban los fármacos de los activos, eso es verdad».

También se apunta un posible problema de protección de los datos informáticos personales (económicos, de renta, de seguridad social) que pasan a manos privadas (oficinas de farmacia).

Exp. 3: «Otro tema es los problemas de privacidad, y no sé yo hasta que punto eso es un problema, que un médico o un farmacéutico sepa cuál es mi nivel de ocupación y de renta y si eso, hasta qué punto es constitucional, o ético».

Se admite que el cambio no va a suponer en realidad una reducción significativa del gasto farmacéutico público, e incluso que el aumento de los ingresos derivado del aumento del porcentaje que pagan los ciudadanos tampoco será importante.

Exp. 3: «No va a reducir la demanda, habría un pequeño incremento de ingresos, pero no contribuiría a reducir, a optimizar el gasto, a optimizar los recursos (...) el copago no ayuda a reducir el gasto, puede incrementar un poco los ingresos, en el porcentaje que representa, un 10 % adicional que van a pagar los, pero el mayor consumo no está en el régimen general, el mayor consumo está en los pensionistas, y los pensionistas (...) tienen un tope, a partir de ese tope no tiene coste, por tanto no afecta, no reduciría la demanda».

Es por ello que si lo que se pretende es aumentar los ingresos, y reducir el gasto, el medio más eficaz sería la tasa por utilización, es decir, algo parecido a lo que la comunidad catalana llamó el «euro por receta». Se plantea además que este sistema tiene un importante componente pedagógico que hace que las personas entiendan que los medicamentos tienen un coste y no hay que utilizarlos de forma innecesaria.

Exp. 3: «...desde mi punto de vista poco eficaz para incrementar los ingresos y para reducir el, para reducir el coste farmacéutico. Yo sería más partidario de la tasa de utilización. Algo más parecido al sistema catalán (...) desde el punto de vista de la racionalización, para impedir que la gente vaya (...) la idea de que tengo que pagar por cada acto sanitario o médico que, aunque sea algo testimonial, como puede ser un euro (...) yo creo que una mayoría, un 95 % de la población un euro por receta no significa nada, 20 € al mes no les representa nada, pero desde el punto de vista educativo el hecho de tener que pagar por cada acto yo creo que introduce una conciencia de que eso cuesta un dinero, que no es gratis, eso tiene un coste (...) que puede ser más, más eficaz».

Y al aparecer aquí el tema de educar a la población, y a través del mecanismo del pago hacer que utilicen menos los servicios sanitarios y/o medicamentos, se plantea igualmente como un tema central del debate sobre el copago, también en el de medicamentos. No obstante, en el copago de medicamentos no parece tener mucho sentido como elemento para disuadir a la población del uso de fármacos, ya que si es el médico el que receta (un medicamento sin receta no tiene copago sino que debe ser abonado en su totalidad por el ciudadano que va a la farmacia a comprarlo), será este profesional el que ha decidido que

el paciente lo necesita y por tanto no cabe disuadir de su uso. En este caso, la labor de inhibición del consumo sería perjudicial para la salud pública.

Exp. 1: «...porque realmente el razonamiento que hace que la gente tenga que pagar por una receta, ya no por la farmacia, ¿no? que vas a la farmacia sin receta pagas el 100 %, pero no no, por una receta, algo que el médico le ha dicho, Usted está enfermo, tómese esto ¿vale? No hay ningún razonamiento que te, que te diga, que justifique que el paciente tenga que pagar».

Exp. 2: «Es el médico el que toma las decisiones sobre consumo de fármacos».

En este sentido de reducción del consumo de medicamentos, y por tanto de ahorro en la factura farmacéutica de la Administración Pública, tiene mucho más sentido el cambio de modelo hacia los formatos *unidosis* y hacia la generalización de los medicamentos genéricos o por principio activo. Ello supondría no sólo una disminución de los medicamentos vendidos, sino también de los medicamentos *almacenados* en casa.

Exp. 3: «Eso puede ser también tocando los medicamentos, claro, por ejemplo oye, a los envases *unidosis* y al tratamiento justo para el tiempo, y no en los envases estándar, aunque si esto me escucha la industria farmacéutica me tirarán los trastos a la cabeza, porque representa un problema grande para la industria farmacéutica, el trabajar en vez de con envases estándar con, en lugar de con 14 ó 28 unidades, pues irnos a envases *monodosis*, donde se administran, como en los países anglosajones donde si lo que necesitas son 7 cápsulas, son 7 y no 12 ó 6».

En otro orden de cosas, señalar que con la reforma del copago farmacéutico, también han desaparecido algunos fármacos de la cartera de medicamentos, y que por tanto ya no serán recetados por los médicos y el ciudadano deberá pagarlos en su totalidad si desea o necesita seguir tomándolos. Esto produce para los expertos una situación paradójica ya que puede hacer que los médicos busquen un fármaco de similares características pero que sí esté financiado por la Administración, y que finalmente suponga un mayor coste para las arcas públicas.

Exp. 3: «Es una de las paradojas que podemos tener, que el eliminar medicamentos que se habían financiado, pretendiendo un ahorro, pueda generar a la larga un incremento de costes, porque el médico que prescribía A ahora va a prescribir B porque sabe que A no está financiado y el B sí».

En el mismo sentido, se argumenta también que el objetivo de aumentar los ingresos a través del aumento del coste del porcentaje que el ciudadano debe pagar por los medicamentos no está claramente justificado porque no parece que se hayan tenido en cuenta los gastos de transacción, es decir, los gastos que supone poner en marcha un sistema de alta complejidad que tiene que poner en relación la situación económica, laboral y fiscal del ciudadano, con el sistema farmacéutico. Plantean los importantes problemas de implementación de este nuevo sistema, aunque para uno de los expertos estos problemas afectarán principalmente a la red de oficinas de farmacia y no a la Administración.

Exp. 2: «...con lo complejo que es, y con los costes de gestión que tiene, los costes de transacción del sistema, va a ser complicado, la red de oficinas de farmacia, saber el nivel de renta de cada uno, actualizar periódicamente el sistema, porque yo hoy puedo pagar un 40 y el año que viene un 50».

Exp. 3: «Los dos primeros días un caos, porque se bloqueó el sistema y tal, pero a partir de ahí pues con normalidad (...) porque el coste del sistema lo va a pagar la oficina de farmacia, que son los que mantienen el sistema informático en Andalucía, en el resto no sé cómo funciona, pero yo creo que el coste, al estar todo informatizado, también estos datos de renta, de situación y tal, simplemente es mezclar bases de datos, y yo creo que el coste no es, no es grande».

Exp. 4: «...el procedimiento para luego establecer los tramos es muy complicado, difícil de gestionar, y posiblemente eh, inexacto, en el sentido de lo que comentan, están haciendo referencia a declaraciones de la renta de hace no sé cuantos años, con lo que si alguien en estos dos años, y no es nada raro, por cómo ha aumentado el paro, está en una situación ahora de desempleo, su situación ha cambiado radicalmente, y en cambio va a tener que cotizar en otra, en otra cuantía».

Otra posible forma de ahorro de costes, que nada tiene que ver con el copago, es la central de compras. Esta solución, junto con una mejor gestión y eliminación de los elementos burocráticos, que complejizan la compra y gestiones mercantiles entre las farmacéuticas y la Administración, son algunas de las soluciones que los expertos consideran que podrían plantearse para reducir la factura farmacéutica.

Además, se apunta también otro elemento transversal, como es el exceso de medicalización de la sociedad, que ha pasado a conocer y demandar productos farmacéuticos en su vida cotidiana. Esta «mala educación» del ciudadano, en el uso «irresponsable» de los recursos farmacológicos, es necesario replantearla, para alguno de los expertos, y ese camino no se realiza a base de copago, que incide en una reducción del consumo (como se ha indicado tanto necesario como innecesario), pero no en una concienciación del uso adecuado de los medicamentos.

Exp. 4: «...hemos medicalizado totalmente la sociedad de una manera totalmente absurda, es decir, mis abuelos murieron en mi casa, mi madre no me llevó al médico más que en circunstancias excepcionales, y yo no tuve ninguna enfermedad grave. Es decir, hace 50 años la sociedad tenía una manera mucho más, desde mi punto de vista, racional de enfrentarse a la enfermedad».

Otro tema que surge de forma subsidiaria, pero de cierta gravedad, es la aparición de un posible comportamiento poco ético y profesional por parte de los facultativos que podrían recetar más de lo necesario para cubrir cuotas y conseguir incentivos por parte de la industria farmacéutica.

Exp. 3: «Y además, eso también contribuiría en parte a racionalizar el gasto, porque el médico no estaría presionado por recetar más para alcanzar determinados cupos que le permitan acceder a determinado incentivos».

5.7. Los ciudadanos como *abusadores* de los servicios sanitarios

Como se ha visto, parece que el copago tiene como una de sus principales funciones *educar* a la población en el uso responsable de los recursos públicos. Para ello se basa en un axioma sin el cual este objetivo no tendría sentido, y es el uso irresponsable que los ciudadanos realizan de estos servicios públicos. Así, hay una concepción del ciudadano como *abusador* del sistema, que lo utiliza en demasía debido a su carácter gratuito, y bajo esta premisa, imponer un pago, aunque sea pequeño, supondría disminuir la utilización irresponsable de los mismos.

El abuso sanitario según los ciudadanos

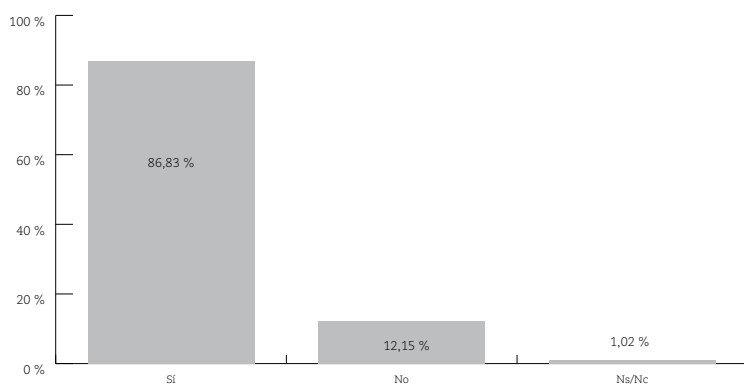
Esta visión es la utilizada por algunos gestores y políticos, y ampliificada a través de los medios de comunicación, que han repetido este *dogma* hasta la saciedad, ha llegado a los ciudadanos. El 86,8 % de los entrevistados creen que hay ciudadanos que abusan del sistema sanitario acudiendo al médico de familia o a urgencias sin necesidad. Sólo un 12 % niegan esta premisa (gráfico 5.17).

En cuanto a la cantidad de personas que abusan del sistema, para dos de cada cinco entrevistados sólo son unos pocos ciudadanos, es decir, la minoría, los que abusan del sistema sanitario público, mientras que para un 41 % serían bastantes las personas que abusan, aunque no la mayoría, y para un 11,7 % son la mayoría de los ciudadanos los que de forma irresponsable e innecesaria acuden a los servicios sanitarios públicos (gráfico 5.18).

Ya en concreto, al hablar de los colectivos que serían los que de forma mayoritaria acudirían a los servicios sanitarios sin necesidad, los encuestados señalan de forma clara a las personas mayores (así lo indican el 49,23 %). El segundo colectivo mencionado es el de los inmigrantes, aunque con un porcentaje bastante más bajo, no llegando al 8 %. Para uno de cada diez entrevistados son todos los ciudadanos, o al menos no se podría diferenciar por colectivos, porque cualquier persona acude a los servicios sanitarios sin necesidad (gráfico 5.19).

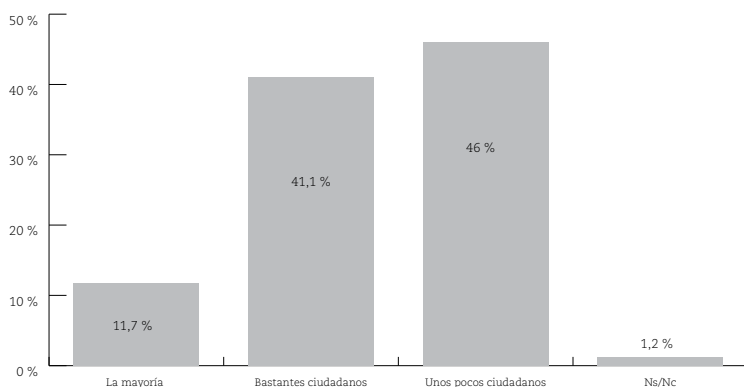
Además, uno de cada tres encuestados cree que se debería penalizar de alguna forma a aquellos usuarios que acuden a los servicios sanitarios públicos de urgencias sin tener una necesidad real (gráfico 5.20).

Gráfico 5.17. Cree que hay ciudadanos que abusan del sistema sanitario acudiendo al médico de familia o a urgencias sin necesidad



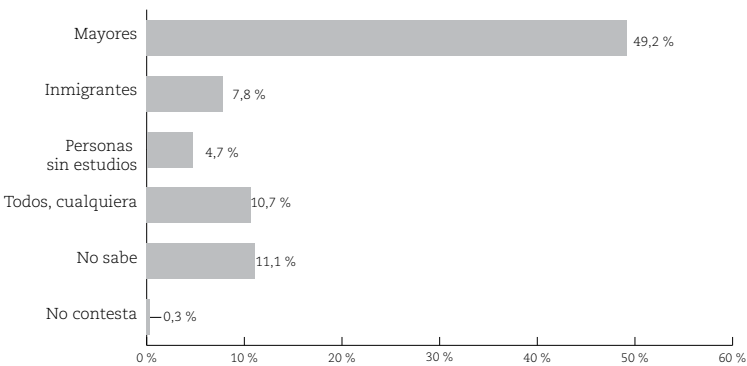
Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Gráfico 5.18. Quiénes abusan del sistema sanitario público andaluz según los entrevistados



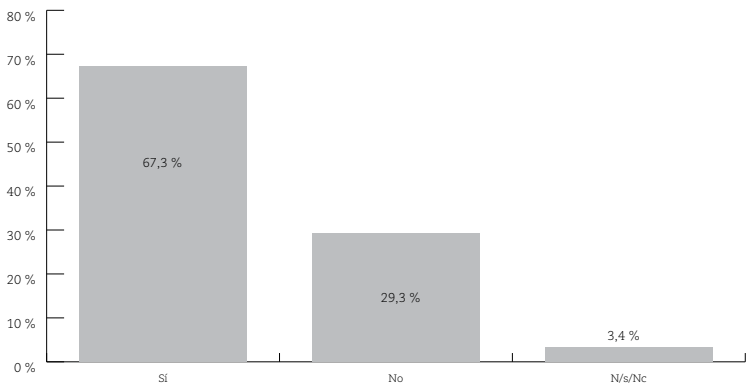
Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Gráfico 5.19. **Quiénes creen los encuestados que son los que más abusan del sistema sanitario público**



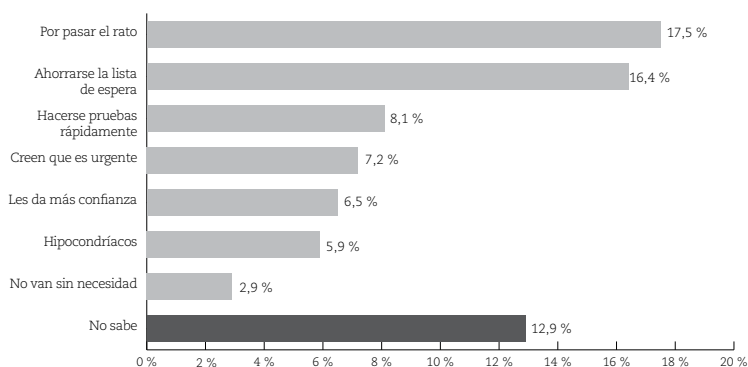
Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Gráfico 5.20. **Penalizar de alguna forma a aquellos usuarios que van a los servicios de urgencias sin necesidad según los encuestados**



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Gráfico 5.21. Principal motivo por el que algunas personas acuden a urgencias sin necesidad según los encuestados



Fuente: IESA-CSIC (E-1208).

Los andaluces creen que el principal motivo por el que algunas personas acuden a urgencias sin necesidad es fundamentalmente por aburrimento, por pasar el rato (17,5 %), por ahorrarse la lista de espera (16,4 %), o por hacerse pruebas de forma más rápida. Sólo un 8 % de los encuestados cree que el motivo fundamental es que la persona cree realmente que tenía un motivo urgente de salud.

El abuso sanitario según los expertos

La idea de que lo gratuito se desperdicia, se usa en demasía y no se utiliza de forma adecuada, es recogida por los expertos.

Exp. 1: «...estas cosas son ya de sentido común, cuando tu das las cosas gratis, la gente no las, no las valoramos. A ti te regalan un libro y las probabilidades de que lo leas son menores de que si tu vas y te lo compras».

Exp. 3: «...es, las personas con menor nivel educativo, y mayor edad los principales abusadores del sistema, por desconocimiento, sencillamente, por desconocimiento».

También se considera que es una idea que además está generalizada y es reconocida por los propios ciudadanos.

Exp. 1: «Por lo que yo he visto la gente tiene la idea de que realmente se desperdicia mucho, y que la gente aceptaría que por ejemplo que la gente tienen demasiados medicamentos en casa, y de que las personas mayores compren demasiados medicamentos» «...o por ejemplo, algo en urgencias, la gente tiene la idea clara de que las urgencias funcionan mal en este país» «...incluso como usuarios se dan cuenta de que ellos mismos lo utilizan mal».

Se justifica la realidad de este argumento con datos de consumo de medicamentos entre ciudadanos que son atendidos en la Seguridad Social frente a los ciudadanos atendidos en mutualidades tipo Muface, eso sí, se hace en un discurso en el que las diferencias entre las poblaciones usuarias de estas mutualidades no se mencionan.

Exp. 1: «...ten en cuenta que entre los mayores de 65 años de Muface y de Régimen general hay diferencias del 30 al 40 % en el uso de medicamentos. Eso es muy sencillo, los de Muface siguen pagando y régimen general es gratis ¿vale? No hay ninguna evidencia de que los de Muface se estén muriendo».

Cuando se habla de educar a la población para que consuma de forma *responsable* los recursos, aparece también otro concepto, propio de economía de la salud, que indica que los sistemas sanitarios son mercados caracterizados por una *competencia imperfecta* ya que el consumidor de productos o servicios sanitarios, en este caso el ciudadano, no tiene información suficiente para saber si el uso que realiza es el correcto o no, teniendo la información el propio sistema, los profesionales del sistema sanitario en este caso.

Exp. 1: «...la cosa está en que cuando se hacen estudios sobre el copago, no está claro que la gente siempre sea capaz..., que la gente sea capaz de discriminar para si misma entre el buen uso y el mal uso, es muy complicado porque teóricamente eso haría que tú tuvieras que ser médico, y ni incluso los médicos lo saben».

Exp. 2: «Es que es imposible que sea agente informado (...) porque ¿realmente un ciudadano normal puede realmente tener la misma información que un especialista que lleva toda la vida formándose en eso? Ante la hora de tomar decisiones clínicas difíciles, en un entorno de incertidumbre, el que lo más que puedes dar son probabilidades, y eso si el clínico y el especialista manejan la medicina basada en la evidencia, cosa que tampoco es general ni habitual, ¿realmente? Yo no me consideraría capacitado para decidir, y llevo toda la vida en el sector».

Incluso se apunta algún tipo de abuso de los profesionales, que son los que realmente tienen capacidad para tomar las principales decisiones de consumo de los ciudadanos.

Exp. 1: «...claro que debe haber algún tipo de abuso, pero luego también está la segunda cuestión que es la perspectiva del propio médico, es decir, hay casos, o sea, hay un estudio, no hay muchos estudios de eso, pero hay dos o tres estudios en los que se ve como si el médico sabe que el paciente paga, le da el genérico, y si el médico sabe que paga el sistema le da el de marca» «...entonces en ese sentido, hay también abuso, no únicamente por el paciente, pero también por la mentalidad del propio médico».

Hay estudios que evidencian que la implantación de copagos sanitarios contribuye efectivamente a una disminución de las consultas sanitarias, reduciendo el consumo de servicios y productos sanitarios. Pero estos mismos estudios indican que esta disminución del consumo no se produce de forma exclusiva en aquellos servicios que eran innecesarios, en el consumo irresponsable. Ante esto los expertos indican que, si bien hay que tener en cuenta que ni en nuestro país ni en los países de nuestro entorno se han realizado estudios de esta naturaleza, por lo que es difícil extrapolar los resultados de estudios norteamericanos, también es cierto que este hecho puede suponer, y los estudios así lo indican, no una disminución de costes, sino un aumento de los costes sanitarios a largo plazo.

Exp. 1: «Hay estudios, sobre todo americanos, en los que la implantación del copago hace que se reduzcan los números de visita y que el gasto total no se reduzca sino que incluso aumente, porque lo que no pagas por visitas lo acabas pagando por estancias hospitalarias (...) por-

que la gente no es muy capaz de saber valorar cuando debe y cuando no debe ir al médico».

Otro tema que se debate es si no ha existido en nuestra sociedad un exceso de consumo de productos y servicios sanitarios, un cierto abuso, por así decirlo, pero motivado principalmente por una cultura de la *medicalización* de la sociedad, en parte fomentado por la industria farmacéutica que trata de vender sus productos.

Exp. 4: «...ha habido en los últimos años un exceso clarísimo, en cuanto a, la obsesión por la prevención, y me explico, los grandes laboratorios farmacéuticos del mundo que utilizan hipolipemiantes, medicamentos para bajar el colesterol, llevan durante los últimos 15 años haciendo una política de marketing brutal para introducir la utilización de medicamentos hipolipemiantes (...) No hay ninguna evidencia científica que demuestre que hacer prevención primaria con hipolipemiantes aumenta la supervivencia ni disminuya la mortalidad (...) en el fondo lo que esconde es como siempre, una estrategia para vender medicamentos (...)».

Exp. 4: «...lo que pasa es que claro, el paciente se ha acostumbrado a que cada vez que yo tengo un dolor lumbar me hace una resonancia, porque se la ha mandado el médico, no se lo ha inventado él, él no tenía ni idea de lo que era la resonancia (...)».

Exp. 4: «Si hay gente que abusa del sistema, lo que pasa es que yo creo que ahí hay dos principales culpables, que no es la gente, que son los políticos (...) y son los médicos (...)».

5.8. En resumen

El principal objetivo de debate de nuestro estudio, el copago sanitario, no ha sido implantado en el momento de la redacción de este texto en España. No obstante, todo parece indicar que está en la agenda de los políticos de distinto signo ideológico (al menos así lo señala la hemeroteca), al menos abrir el debate hacia este nuevo sistema en el que al acudir a los servicios sanitarios los ciudadanos tengan que pagar una parte del coste del servicio, o un tique de entrada, si así se prefiere llamar.

Como se ha visto, los objetivos del copago, según los teóricos del mismo, son fundamentalmente reducir el consumo (inhibiendo su utilización), conseguir financiación extra (aumentar los insumos), y educar a la población en el uso responsable de los recursos públicos (castigar a los abusadores). Con todo, al no existir estudios que avalen que el copago supone un aumento de los recursos o una reducción del coste, todo hace suponer que el tercer elemento es el que toma mayor fuerza como elemento motivador de una futura implementación de este nuevo impuesto.

Pero preocupa que esto atente contra uno de los elementos esenciales del sistema, por lo menos hasta ahora, como es la equidad del sistema sanitario. Y preocupa tanto a los expertos consultados como a los ciudadanos, que creen que el copago de servicios sanitarios afectará sobre todo a jubilados y enfermos crónicos, dos de los colectivos que en general ya sufren peores condiciones, creen que este sistema generará desigualdad social en el caso de implantarse, y que además conseguirá que las personas con menos ingresos utilicen menos los recursos sanitarios. Todo ello atenta contra la equidad de forma clara.

Con todo, los ciudadanos creen que la sanidad pasa un mal momento económico, y que es necesario que aumenten los ingresos y disminuya el gasto en esta partida presupuestaria. Y fundamentalmente creen que la fórmula para realizarlo es a través de la lucha contra el fraude fiscal. Es la opinión que también comparte uno de los expertos consultados, que considera que no hay que reducir el presupuesto en sanidad, ya de los más bajos de Europa en términos de porcentaje del PIB, sino que hay que aumentar los ingresos a través de la lucha contra el fraude de las grandes empresas defraudadoras que no contribuyen al mantenimiento del Estado. También apuntan los ciudadanos que se debe mejorar la gestión sanitaria, elemento también compartido por otro de los expertos. Y por último, un porcentaje muy pequeño, de algo más del 9 % considera que una forma de ayudar a solucionar los problemas económicos de la sanidad pública sería a través del copago de los servicios por parte de los pacientes. Como se puede ver, son muy pocos los ciudadanos que creen que esta es la solución a los problemas económicos de la sanidad pública.

Seis de cada diez encuestados consideran que el establecimiento de un sistema de copago sanitario es innecesario, además de ser una medida poco eficaz y que además no será aceptada socialmente. En el mismo sentido tampoco son partidarios de eliminar prestaciones sanitarias, aunque estas sean utilizadas por pocas personas.

La reforma del copago de medicamentos, ampliamente conocida por los ciudadanos, no ha sido valorada de forma clara como algo positivo o negativo, y paradójicamente, a aquellos que parece favorecer, la población desempleada, son, junto con los jubilados y pensionistas, los que en mayor medida muestran su desagrado por la norma.

Por último, muy relacionado con el copago se plantea la existencia de los llamados *abusadores*, ciudadanos que de forma irresponsable mal utilizan los servicios sanitarios. Son, según los entrevistados, muchos o bastantes los ciudadanos que mal usan los servicios sanitarios, principalmente las personas de avanzada edad. Además piensan que hay personas que acuden a urgencias sin necesidad, en general por aburrimiento o por pasar el rato, o bien para ahorrarse las listas de espera y hacerse pruebas de forma rápida.

Conclusiones

capítulo 6



Conclusiones

6.1. Recapitulemos

EL INTERÉS POR estudiar las opiniones y actitudes de los andaluces ante el llamado copago sanitario surge en un contexto social, político y económico de gran inestabilidad y en el que las medidas de recorte de derechos sociales vinculados con el Estado de bienestar se han convertido en algo *habitual*. El ámbito económico ha inundado, como no podía ser de otro modo, todas las esferas de la vida de los ciudadanos, que ven como ellos, o personas de su entorno cercano pierden el empleo, tienen problemas para pagar su vivienda, subida de los precios de productos básicos, bajada de sueldos, y un largo etcétera. Términos que antes estaban reservados a las tertulias políticas y económicas, seguidas por una minoría, tales como *prima de riesgo*, *Ibex 35*, *rescate económico*, etc., son de uso común y con mayor o menor acierto, son muchos los ciudadanos que han agregado este vocabulario en su vida cotidiana, en parte debido a su presencia continuada en los medios de comunicación, y en parte porque los ciudadanos han tenido que comprender o cuando menos asumir que estos elementos, antes *alejados* de sus vidas, ahora forman una parte importante de ellas y de su devenir futuro.

La crisis financiera internacional, que tiene como punto de inflexión el año 2008 y que originó la crisis económica mundial, en la que nos encontramos hoy, marca la agenda política de los países de nuestro entorno. En España, la crisis se ha caracterizado sobre todo por un aumento exponencial del desempleo: éste no sólo copa los principales titulares de los medios de comunicación, sino que, como no podía ser de otra forma, se ha convertido en la principal preocupación de los ciudadanos. Ello se retroalimenta con una situación de progresivo en-

vejecimiento de la población española, que desequilibra poco a poco la balanza entre el número de personas que se encuentran cotizando a la Seguridad Social, y el número de aquellas que reciben prestaciones del Estado. En este contexto, la crisis financiera de los Estados se trata de resolver por la vía de la reducción del gasto público, que se presenta como única salida, lo que repercute de forma directa en que los ciudadanos vean peligrar su forma de vida: incremento de las tasas de paro, progresivo empobrecimiento de amplias capas sociales y, al tiempo, rebajas de lo que se consideraban derechos ciudadanos.

Y es en este contexto en el que hay que ubicar las noticias, recortes, modificaciones normativas, y reformas que se llevan a cabo en el sistema sanitario público. El modelo sanitario español se basaba, hasta abril del año 2012, en la prestación asistencial con cobertura universal, financiada a través de los impuestos directos de los ciudadanos según nivel de renta, y gestionado de forma descentralizada a través de las comunidades autónomas. El Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que modifica la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, supone un cambio en la concepción misma de la sanidad, que pasa de ser un derecho del ciudadano, a ser una *cobertura* que tienen garantizadas las personas que tengan la condición de asegurado, o beneficiario, que se estipula bajo una serie de criterios. Y todas estas medidas se están llevando a cabo justificadas por el *sagrado* objetivo de conseguir la sostenibilidad del sistema.

La deuda millonaria de los diferentes sistemas de salud autonómicos ha sido aireada públicamente desde hace meses, como elemento justificativo de la necesidad de establecer o bien un recorte en las prestaciones, o bien algún sistema de copago; sin ser objeto de debate la buena o mala gestión realizada por los responsables de estas partidas presupuestarias u otras posibles vías de financiación, como la reforma fiscal o la reducción del fraude. La salud, como una de las prestaciones públicas que más recursos consume, se convierte en el centro del debate, aunque también se plantea el copago en otros servicios públicos, como por ejemplo la justicia.

Sin embargo, los datos nos indican que España aporta menos a la sanidad pública que otros países de su entorno, tanto en términos absolutos como en términos relativos y per cápita. Al mismo tiempo, los indicadores de salud son de los mejores del mundo, situando al sistema

sanitario español como uno de los más *eficientes* (relación coste-beneficio) del mundo. Se considera, según pone de manifiesto el conocido Informe Bernat Soria («Executive Summary» del Desk Research) un sistema eficiente y bien posicionado internacionalmente, ocupando el cuarto lugar entre los países más desarrollados (*Health Affairs*, 27, 2008, pp. 58-71), y situándose en esta misma cuarta posición en el *ranking* de países cuyo sistema sanitario evita más muertes por año, por detrás de Francia, Japón y Australia. Entre los argumentos que los expertos consideran fundamentales para explicar estos datos se encuentran la amplia cobertura de servicios y la accesibilidad a todos los ciudadanos.

No obstante, a pesar de los buenos resultados y del prestigio internacional del sistema sanitario público español, desde hace casi 15 años aparece de forma recurrente la propuesta de imponer una nueva *tasa* a la utilización de los servicios sanitarios. La coyuntura económica actual ha servido de impulsor de esta vieja propuesta, por parte de algunos sectores políticos. Estos consideran que el sistema actual es «insostenible» y que para su «supervivencia» es necesario que los usuarios paguen también de forma directa por los servicios que reciben. Se habla de «insostenibilidad», y se traslada la solución del problema del gestor al ciudadano, considerando que sólo este puede «salvar» o «rescatar» a la Sanidad de su estado actual, a través de un nuevo coste asumido por las familias.

Esta perspectiva suele ir de la mano de argumentaciones que señalan directamente determinadas situaciones y/o colectivos como fundamentales en la crisis económica del sistema. Los responsables son, bajo este prisma, las personas que abusan del sistema, aquellas que, por ejemplo, acuden a los servicios sanitarios sin necesidad real. En ocasiones se les da nombre y apellidos, son los inmigrantes, los mayores, o simplemente los irresponsables, que creen que la sanidad es «gratis» y la malgastan.

Todo ello conjuntamente ha potenciado en el debate público los argumentos a favor de establecer un sistema de copago o tique moderador, indicando que los usuarios (no ya los ciudadanos) deben «corresponsabilizarse» del gasto generado en el sistema sanitario. Desde esta perspectiva se conseguirían dos supuestos beneficios: 1) obtener una financiación adicional (conseguir más ingresos) y 2) disminuir, al tiempo, el gasto (al servir de barrera para el acceso). Algunos le añaden una característica más: servir como medio para concienciar a los ciudadanos del coste real de los servicios que recibe, y que de esta manera «aprendan» a utilizarlos racionalmente.

Existen diversos tipos de copago: sobre los servicios de atención médica (primaria, hospitalaria, especializada o urgencias); sobre los servicios hosteleros en estancias hospitalarias; y sobre los medicamentos y farmacia. Hasta ahora en España sólo existía copago en este último apartado, mientras que el copago por atención médica recibida sí que existe en distintos países de nuestro entorno, sobre todo en aquellos que basan el sostenimiento del sistema sanitario en las contribuciones a la Seguridad Social (tipo Bismark), aunque también en algunos sistemas financiados mediante impuestos (tipo Beveridge). Los tipos de tasa impuesta son muy diversos, y así por ejemplo, en Alemania se cobra la primera consulta de cada trimestre, mientras en Reino Unido el pago es por receta, o en Italia los principales pagos se hacen en los servicios de atención especializada.

En este contexto se alzan voces a favor y en contra de implantar en España o en sus comunidades autónomas un sistema de copago sanitario. Los principales argumentos que se esgrimen, tanto a favor como en contra son los siguientes:

	A favor	En contra
Aumento recaudatorio	Supondrá aumentar los ingresos de la Administración Pública.	Consideran que el nivel recaudatorio es mínimo, principalmente por los costes de establecer y controlar el sistema de cobro y por la propia disminución de la demanda.
Disminución del gasto	Crean que supondrá una disminución del gasto, y por tanto supondrá una política de ahorro.	La puesta en marcha del copago supondrá un coste mayor (por los problemas de salud pública que generará) que los beneficios económicos obtenidos, por lo tanto no reducirá el gasto.
Reducir la hiperfrecuentación (reducción de la demanda)	Consideran que el copago disminuirá el número de visitas al médico, que tiene un índice en España superior al de la UE.	Consideran que este sistema puede empeorar la salud de grupos concretos de pacientes, que acudirán menos a atención primaria pero finalmente tendrán que acudir con peor salud a atención hospitalaria.
Reducir la asistencia innecesaria	Como elemento disuasorio para los pacientes cuya salud no precisa atención. Reducirá la saturación de los centros.	Argumentan que o bien no reducirá la asistencia innecesaria o que reducirá en la misma proporción la asistencia innecesaria y la necesaria.
Desigualdad social	Consideran que si se tienen en cuenta determinados grupos, para los que el coste sea menor, no afectará a la equidad del sistema.	Consideran que esta medida pone en riesgo a los «más débiles», los enfermos crónicos, ancianos o usuarios sin recursos. Se considera un sistema injusto e insolidario.

	A favor	En contra
Otros países	Se argumenta que este sistema ya funciona en otros países de nuestro entorno.	Consideran que este sistema no ha demostrado sus beneficios en los países donde se ha puesto en marcha.
Alternativas	No se plantean alternativas a esta situación.	Manifiestan que los programas de prevención de la salud y la generalización de hábitos de vida saludables hacen caer drásticamente el coste en tratamientos y enfermedades.

Los distintos actores sociales, véase políticos, medios de comunicación, expertos economistas, etc., manifiestan su postura a favor o en contra de este sistema, atendiendo en muchos casos más a criterios ideológicos que a un estudio riguroso y científico sobre los beneficios y perjuicios de tales medidas. Esto provoca que asistamos a un flujo de informaciones contradictorias, en ocasiones escasamente fundamentadas, que se arrojan unos a otros como arma política contra el oponente.

En el libro que ahora concluimos se ha tratado de dar voz a los ciudadanos, preguntándoles directamente su opinión sobre todas estas cuestiones, a la vez que se aportan datos macroeconómicos que sirvan de contexto a todo el debate, y se da voz también a distintos expertos, con enfoques también muy diferentes, para con todo, obtener una fotografía amplia sobre esta compleja realidad.

6.2. Principales resultados presentados

Se ha realizado a lo largo de este texto un recorrido por distintos datos macroeconómicos que han puesto de manifiesto la delicada situación económica de España en general, y de Andalucía en particular, donde la alta tasa de desempleo es sin duda el principal indicador de la difícil situación que están viviendo los ciudadanos. Esta situación es percibida por los andaluces con preocupación, mostrando un gran pesimismo en su valoración de la economía española, como se ha mostrado en el análisis de los resultados de la encuesta aquí expuestos.

La sanidad, pilar del Estado de bienestar, y uno de los ámbitos de política pública con mayor respaldo de la ciudadanía, es también uno de los castigados por los llamados *recortes* que no sólo han sido presupuestarios, que también, sino que han supuesto un recorte de los derechos ciudadanos en cuanto a asistencia sanitaria se refiere.

En cuanto a los recortes presupuestarios, cabe señalar, que se han realizado, según los responsables políticos, para «garantizar la sostenibilidad» del sistema sanitario. No obstante, según algunos expertos y según los datos macroeconómicos consultados, existe margen para dedicar un mayor porcentaje del presupuesto público a esta partida, por cuanto en España el porcentaje de gasto sanitario es menor que el de otros países de nuestro entorno que se ponen de ejemplo de austeridad. Para apoyar el argumento de la insostenibilidad hay que basarse en una premisa falsa: que los presupuestos son departamentos estancos en los que el presupuesto es inamovible y sólo se puede solventar la situación con una reducción de los gastos, es decir, recortando. No se plantea en ningún momento la necesidad de reducir otras partidas quizás menos importantes para los ciudadanos (defensa, infraestructuras, etc.), o aumentar los ingresos (subida de impuestos, lucha contra el fraude fiscal, etc.). Y más aún, tampoco se ofrecen datos contrastados sobre el posible ahorro que las medidas implantadas tendrán en un futuro o han tenido tras su implantación.

El recorte de derechos es difícilmente justificable por la vía de los recursos económicos, por lo cual sólo se dirá que es una medida ideológica, y como tal debe interpretarse.

Por su parte, los ciudadanos creen que las dificultades económicas por las que está pasando la sanidad tienen un factor desencadenante externo, la crisis económica general, pero también la mala gestión sanitaria y el abuso de los usuarios. Si se asume esta visión externa, en la que el principal factor explicativo de las dificultades de la mala situación económica de la sanidad es contextual, cualquier recorte se puede justificar, como un mal menor ante una situación excepcional. Además se pone el acento en el abuso ciudadano, y a pesar de que se piensa que hay una mala gestión, no se han producido cambios significativos en este aspecto que hagan pensar que las autoridades sanitarias han hecho una reflexión sobre su propio trabajo.

La prestación de servicios sanitarios es uno de los ámbitos públicos mejor valorados por los ciudadanos, y elemento esencial para estos. A pesar de ello se han producido importantes recortes en los presupuestos que el Estado traslada a las CC. AA. en esta partida, y a esto se suman las políticas de recortes que las propias CC. AA. han adoptado para cumplir sus objetivos de déficit, cada una de una forma.

En España los indicadores de salud han sido tradicionalmente positivos en comparación con otros países de nuestro entorno, y sobre todo en comparación con países con mayor riqueza económica que

la nuestra, ya que como se ha indicado, el nivel de riqueza influye en la salud de la sociedad en su conjunto, y en la salud individual de sus ciudadanos. Si además tenemos en cuenta que España gasta menos en sanidad que los países de su entorno, se puede afirmar que estos datos son muy positivos y hablan de un sistema muy eficiente. Así, aunque no se puede achacar todos los méritos ni deméritos sólo al sistema sanitario, lo cierto es que con menos recursos que nuestros vecinos, se obtienen datos muy positivos en salud y en calidad (medida principalmente como la satisfacción de los ciudadanos con los servicios sanitarios).

Como se pudo ver en capítulos anteriores, existe correlación entre el nivel de renta de un país y el gasto sanitario, y a la vez en mejores niveles de salud general de su población. Así, veíamos que la tendencia es a aumentar la esperanza de vida a medida que se aumentaba el gasto per cápita en salud, hasta un punto (podríamos llamar de inflexión), a partir del cual un aumento en inversión económica no parece tener efectos directos en el aumento de la esperanza de vida, observándose indicadores divergentes en distintos países. En esto probablemente influyen muchos factores (climáticos, culturales, riqueza general, etc.), así como la gestión, a saber, cómo se utilizan exactamente estos recursos.

Andalucía, como se veía, a pesar de tener unos indicadores positivos, en comparación con los de otros países, si se compara con el resto de CC. AA. sale mucho peor parada. Se ha observado una correlación bastante clara entre nivel de renta, de riqueza de la región y los valores de salud medidos en esperanza de vida. Andalucía, una de las comunidades más pobres de España es también una de las que tienen peores indicadores de salud. La relación entre nivel de renta de la población y salud es lo que probablemente explica que Andalucía tenga peores niveles de salud que el resto de CC. AA.

Cuando se plantean los grandes retos de futuro que tiene el sistema sanitario uno de los más presentes siempre es el envejecimiento de la población. España está viviendo un proceso de claro envejecimiento poblacional, dejando muy mermadas las posibilidades de remplazo generacional en un futuro. Pero a pesar de que este hecho tiene una evidente repercusión, fundamentalmente a corto plazo en la reducción del número de personas que *mantiene* el sistema de Seguridad Social (lo cual no significa que no paguen otros impuestos) y a medio y largo plazo en la merma de la población del Estado; a efectos de nuestro

estudio se ha comprobado que los países más envejecidos no son necesariamente los que más gastan en sanidad. No se podría establecer por tanto una relación directa entre envejecimiento poblacional e incremento del gasto sanitario.

Con todo, el papel de la Administración como gestora del sistema sanitario es fundamental, de hecho, la propia Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que esta protección deba llevarse a cabo por los poderes públicos que deben tutelar la salud pública.

En este sentido, los ciudadanos, en cuanto usuarios, son también unos excelentes evaluadores de los servicios que les son prestados por la Administración. El sistema sanitario público es ampliamente utilizado por los ciudadanos en Andalucía, tienen una experiencia cercana y normalmente satisfactoria y bastante estable (sin cambios importantes en el tiempo). A pesar de que son muchos los andaluces que acuden con cierta frecuencia a los servicios sanitarios públicos, para algo más de la mitad de ellos el organismo encargado de su gestión es desconocido, o creen que es un organismo distinto del real. Destacamos este dato de cultura política por cuanto nos parece de gran interés que uno de los ámbitos públicos que mayor interés tienen para los ciudadanos, sea igualmente desconocido en cuanto a quien pedir responsabilidad por su gestión. Cabría preguntarse el motivo de este desconocimiento y hasta qué punto las autoridades tienen responsabilidad, si han hecho todo lo posible para minimizarlo, o si hay una falta de interés por parte de los ciudadanos a los que les interesa si un determinado servicio es público o no, y no de qué administración, si estatal, autonómica o local, depende orgánicamente.

Otro dato sobre el que los ciudadanos tienen un amplio desconocimiento es sobre la forma en que se financia la sanidad. Sólo un 27 % de los encuestados eran conscientes de que la sanidad se financia a través de impuestos. Como ya apuntábamos, este desconocimiento es de suma importancia, por cuanto las cuotas a la Seguridad Social (el medio a través del cual creen mayoritariamente los ciudadanos que se costea la sanidad) son pagadas sólo por un conjunto de ciudadanos, mientras que los impuestos son pagados por todos los ciudadanos, ya sea de forma directa, indirecta o por ambas vías.

Que el sistema sanitario público es «insostenible» es algo que se ha repetido como un mantra por diversos políticos y analistas, y no es extraño que los ciudadanos hayan recogido esta información y la hayan

aceptado como verdadera. Pero con un sentido diferente al de aquellos que señalan que se dedican muchos recursos, puesto que los ciudadanos creen que los recursos que se dedican a la sanidad en Andalucía son escasos, lo cual viene a confirmar los datos que muestran que en España los recursos con los que cuenta la sanidad son menores que los de países de nuestro entorno. Para los ciudadanos es necesario tanto aumentar los ingresos como reducir el gasto para conseguir una sanidad sostenible, y esto se lograría fundamentalmente luchando contra el fraude fiscal, mejorando la gestión del sistema sanitario, y persiguiendo el abuso.

Pero ni los propios expertos en la materia se ponen de acuerdo sobre la sostenibilidad del sistema sanitario. Según donde se ponga el foco de atención de las ineficiencias del sistema así se puede definir el sistema sanitario como insostenible o no. De esta forma, si se pone en la deuda sanitaria, en el sistema de abordar la crisis económica y en la imposibilidad de subir impuestos o de redistribuir los recursos existentes, el sistema es definido como insostenible. Si el punto de mira se pone en el fraude fiscal y en la falta de recursos sanitarios, el sistema es sostenible aunque se encuentre infrafinanciado.

Los ciudadanos valoran de forma positiva los servicios sanitarios que reciben, tanto en este estudio como en otros realizados con anterioridad. Además, en general los andaluces consideran que la asistencia sanitaria pública en Andalucía es igual o mejor que en el resto de CC. AA. No obstante, su visión no es nada positiva cuando se pregunta por el futuro de este sistema sanitario, que según los ciudadanos está en claro retroceso. A esto se suma que un porcentaje amplio de población está preocupado por no poder recibir asistencia sanitaria en un futuro por no poder pagarla, asumiendo que en el futuro el modelo pasará necesariamente por el pago total o parcial de los servicios sanitarios. Como no podía ser de otra forma, esta preocupación es más acuciante entre las personas que indican contar con menos recursos económicos que entre las que se encuentran en una situación más holgada.

La sanidad, en principio de vocación universal en España, ha sufrido cambios importantes en este sentido en los últimos años. Ya no se puede decir de forma definitiva que la sanidad es universal ni que trate de avanzar en este sentido, bien al contrario hay colectivos que se han expulsado del sistema sanitario público. A pesar de estos cambios, la mayor parte de los ciudadanos sigue pensando que la sanidad debería ser universal y el sistema sanitario público debería atender a todas las personas sin excepción. No obstante, es destacable que un 40 % de

los ciudadanos consultados crean que debe restringirse (en mayor o menor medida) el acceso de ciertos colectivos a las prestaciones sanitarias. La solidaridad en tiempos difíciles está en crisis.

Otro elemento que se pone en cuestión es si la sanidad debe ser gestionada de forma pública o privada, debate de gran actualidad por las noticias centradas principalmente en la sanidad madrileña y la fallida propuesta de externalizar de forma completa un número muy importante de hospitales públicos. Los ciudadanos andaluces, al igual que la *marea blanca* apuestan mayoritariamente por una gestión pública de la sanidad, no asumiendo la premisa por la cual *cualquier* gestión privada, de *cualquier* servicio, es mejor que la gestión pública. En el mismo sentido los andaluces creen que el Gobierno andaluz gestiona los servicios sanitarios mejor de lo que gestionaría el Gobierno estatal, con lo que dan su apoyo a la transferencia de competencias sanitarias a la comunidad autónoma. A esto se suma que, aunque no de forma mayoritaria, si que en un alto porcentaje, los andaluces creen que existe desigualdad en la atención sanitaria recibida según la CC. AA. en la que se viva, pero que en general les beneficia, por cuanto consideran que la asistencia sanitaria andaluza es mejor o al menos igual que en el resto de España, y sólo un pequeño porcentaje considera que es peor.

En cuanto al copago sanitario, es decir, a la participación del paciente en el pago de parte del coste del servicio, en el momento de utilizarlo, en España existía el que afecta principalmente a los medicamentos prescritos por el médico y dispensados en farmacia. Con las últimas modificaciones este copago se ha ampliado a algunos fármacos de dispensación hospitalaria, así como a otros productos como determinadas prótesis, productos dietéticos, etc., o servicios como por ejemplo los traslados en ambulancia. No obstante, aún no se ha implantado un copago asistencial (al acudir a los servicios de medicina familiar u hospitalaria) como sí existe en otros países, con los que se nos trata de comparar. Esta comparación es cuanto menos difícil, por cuanto no existe un único sistema de copago en todos los países, que son no sólo distintos sino que incluyen aportaciones y limitaciones a la aportación muy dispares, con sistemas también muy diferentes en cuanto a la financiación de sus sistemas públicos de salud.

Los objetivos teóricos del copago, según hemos visto eran fundamentalmente reducir el consumo, es decir, que los usuarios dejen de acudir a los servicios sanitarios, y conseguir financiación, a través del cobro de los servicios. A esto se unía un tercer objetivo que consiste en la

educación de los ciudadanos en el uso responsable de los recursos públicos, entendiendo que poner un precio es similar a educar. Según la mayor parte de los expertos, el objetivo del copago no puede ser el de recaudar, sino el de inhibir el consumo, y esto a la vez supone una educación de la población.

Un tema que preocupa a todo aquel que recoge el copago como elemento de análisis es su influencia en la equidad del sistema sanitario, uno de los objetivos fundamentales de nuestro sistema sanitario público. Un sistema de copago grava al más enfermo, y que según se ha visto, suele ser también el que menos recursos económicos tiene, con lo que se produce un doble gravamen, que afecta a los más pobres y más enfermos. Esto se origina además porque las personas que tienen menos recursos también van a ser las más *educadas* al implantar copago, las que decidan, ante un precio dado no hacer uso de los servicios sanitarios, a pesar de que es posible que esta conducta sea perjudicial para su salud. Un precio siempre afecta más al que menos tiene, y esto atenta directamente contra la equidad. También los ciudadanos opinan que el copago es un sistema que perjudica sobre todo a jubilados y enfermos crónicos, y que generaría desigualdad social en el caso de implantarse, porque además hará que las personas con menos ingresos utilicen menos los servicios sanitarios (obteniendo todas estas cuestiones porcentajes por encima del 50 % de acuerdo).

Se plantea otro tema esencial en relación al copago sanitario y es quién determina la demanda de servicios. En España, tal como está organizado el sistema sanitario, un ciudadano que se siente mal tiene únicamente dos opciones o toma de decisiones propias, acudir al centro de salud o acudir a un servicio de urgencias. Una vez tomada esta decisión el resto de medidas son ajenas a su voluntad o al menos están solo mediatizadas por ella, ya que es el médico de familia o el médico de urgencias el que decide su actuación en los servicios sanitarios, desde los medicamentos a tomar (receta), hasta su derivación o no a un médico especialista, la realización de pruebas, etc. ¿Qué sentido puede tener implantar un sistema de copago sanitario para que los pacientes utilicen menos los servicios si es el médico el que decide la mayor parte de las actuaciones que el paciente debe realizar?

Quizás la respuesta esté en la concepción de los pacientes como *abusadores* de los servicios sanitarios. Esta concepción está muy extendida entre la población, que de forma generalizada piensa que hay ciudadanos que abusan del sistema acudiendo al médico de familia o

a urgencias sin necesidad. Y, además, creen que son bastantes ciudadanos los que utilizan los recursos de forma irresponsable, señalando principalmente a las personas mayores como los grandes *estafadores*. Creen que la gente acude a urgencias sin necesidad, principalmente por aburrimiento o para pasar el rato, o bien por ahorrarse la lista de espera, o ahorrarse tiempo para realizarse pruebas médicas. Y es que los ciudadanos han interiorizado la existencia de los llamados *abusadores* que acuden a los servicios sanitarios sin necesidad y que son (al menos en parte) responsables de los problemas de la sanidad. Y creen que el copago puede servir para que las personas no acudan a los servicios sanitarios si no los necesitan realmente, asumiendo que los pacientes tienen un conocimiento experto que les hace saber con seguridad cuando una consulta es *totalmente necesaria* y cuando no. Es esta una visión muy extendida, que además tiene su punto de apoyo en algunos de los expertos que consideran que se tiende a desperdiciar aquello que no tiene un coste en el momento de su uso. Otro punto de vista apunta a que serían los propios profesionales sanitarios los que han creado una cultura medicalizada que conlleva una sobreutilización (que no abuso) de los servicios sanitarios por encima de lo realmente necesario.

Los ciudadanos son conscientes de todas estas situaciones, y consideran que si bien es necesario que aumente el presupuesto sanitario, como se ha indicado anteriormente, este se debería hacer fundamentalmente combatiendo el fraude fiscal. Esta opción, que también es apuntada por algún experto, es la opción mayoritaria para los ciudadanos, que ven claro de dónde tienen que salir los recursos que el sistema sanitario necesita. Y tras esto, también proponen una mejora de la gestión sanitaria que puede suponer mayor eficiencia y disminución del gasto, a lo que suman, en tercer lugar, la lucha contra el abuso sanitario. No llega a uno de cada diez los encuestados que creen que para mejorar la situación del sistema sanitario hay que implantar un sistema de copago sanitario.

En general los andaluces no se muestran a favor de establecer un sistema de copago, viéndolo como innecesario casi el 60 % de los entrevistados. Además se considera una medida poco eficaz por un porcentaje similar, y que será poco aceptada por la población general. Tampoco son muchos los ciudadanos que creen que para ahorrar en sanidad haya que eliminar prestaciones utilizadas por pocas personas, normalmente los que así lo consideran son aquellos que están a favor de implantar un sistema de copago por considerarlo algo necesario.

Por su parte, el copago de medicamentos, recientemente reformado, es objeto también del abordaje de este libro. Una reforma cuyos elementos esenciales han sido que los jubilados y pensionistas, antes exentos del pago de medicamentos prescritos por su médico, ahora pasan a pagar algo, vinculando además el pago de medicamentos, de todos los colectivos, al nivel de renta y a la situación laboral, estando exentos de pagar los parados y las rentas muy bajas. Esta reforma es conocida por un alto porcentaje de la población andaluza, que lo valora a partes iguales como positiva y negativa, valorándolo peor fundamentalmente las personas mayores, que siendo jubiladas o pensionistas antes no pagaban y ahora sí.

6.3. Respondiendo a la pregunta: ¿es el copago la solución?

Al inicio de esta investigación nos preguntábamos ¿es el copago la solución? pero es evidente que faltaba otra pregunta ¿la solución a qué? En este sentido, se está planteando el copago sanitario como un elemento fundamental para conseguir la solución a un problema de sostenibilidad económica del sistema sanitario. Ello supone asumir que existe dicho problema de sostenibilidad, lo cual, como se ha señalado, no es un hecho objetivo ya que hasta los expertos economistas no se ponen de acuerdo. Si como indican los datos y como señalan algunos expertos, España dedica menos al sistema sanitario que otros países y obtiene mejores resultados, no cabría indicar que existe un problema de sostenibilidad sino de falta de financiación. En este caso la pregunta sería: ¿es el copago la solución a la falta de financiación pública? E igualmente también habría que señalar que la financiación de cualquier ámbito público es una decisión política, donde un gobierno decide qué recursos destina a cada partida, y a través de qué herramientas se consiguen dichos recursos económicos (tipos de impuestos fundamentalmente). Pero, si por sostenibilidad entendemos el problema de la deuda sanitaria, y se asume que es inviable que aumente el presupuesto sanitario, ya sea a través de la transferencia de otras partidas presupuestarias, ya por un aumento de los impuestos, o ya sea por un mejoramiento en el sistema fiscal y recaudatorio, entonces la pregunta sería: ¿es el copago la solución a la deuda sanitaria?

Bajo el último supuesto, se considera que el copago sanitario tiene efectos positivos en la economía, ya sea por una reducción de los gastos, o por un aumento de los ingresos. Como se ha indicado, no existen

estudios que hayan determinado este posible ahorro, por lo que resulta imposible asumir, en ambas preguntas que el copago sea la solución, puesto que a pesar de que el copago supone de forma clara un aumento de recursos: los recaudados con la nueva tasa, también es cierto que tiene costes que, como mínimo son: los de implantar y gestionar el cobro así como el coste diferido hacia el aumento de enfermedades que podrían haberse evitado y que no sólo es que pudieran hacer disminuir los estándares de salud de la población, sino que podrían provocar problemas de salud pública que finalmente tiene que pagar el Estado. Todo ello hace difícil asumir sin más que realmente el copago asistencial suponga un ahorro, sin estudios serios que tengan en cuenta todas estas cuestiones.

Se ha asistido, mientras se escribía esta obra a una serie de modificaciones del modelo sanitario español que no han podido quedarse al margen del análisis que se ha venido realizando, por cuanto aunque no tratan el caso concreto del copago, suponen una modificación sustancial del sistema sanitario y de su concepción pública. Como se dijo en su momento, un modelo de gestión no es más que una definición de las prioridades de un sistema en función de los valores políticos de los que los ponen en marcha. En este sentido se deben analizar los cambios acontecidos en los últimos tiempos, los recortes de derechos a determinados colectivos, los recortes presupuestarios, los recortes asistenciales, etc.

¿Son todos estos recortes la solución? podría haber sido la pregunta planteada, e igualmente la respuesta sería la misma esbozada arriba. ¿La solución a qué? ¿Se han aportado datos que indiquen que estos recortes van a solucionar el problema de la deuda sanitaria o el mencionado problema de *sostenibilidad*? Difícil llegar a respuestas claras cuando las cuentas no lo son. Sin datos que indiquen el efecto que estos recortes, o un posible establecimiento de copago sanitario pueda tener en términos económicos, sociales, y de salud, la respuesta a esta pregunta seguirá sin responderse.

No se debe olvidar que las modificaciones se han realizado sin atender al mandato dado por la Ley de Salud Pública de 2011 (Ley 33/2011) que impone la necesidad de realizar una evaluación del impacto de cualquier reforma sanitaria, no sólo en términos económicos, sino sobre todo en su impacto en la salud pública de la población que se verá afectada por dicha modificación. Al no existir dicho informe de impacto, solo cabe decir que no sólo no se ha demostrado que esta reforma

solucione ningún problema de sostenibilidad económica de la sanidad pública española, sino que deja sin evaluar el posible riesgo que conlleva para la salud de los colectivos excluidos, y de los ciudadanos en general, algo de extrema gravedad.

La población no apoya la implantación de un sistema de copago. Es un nuevo coste para las familias, pero no progresivo por nivel de renta sino progresivo por nivel de enfermedad, y por tanto, a todas luces inequitativo e injusto, y así lo reflejan las opiniones de los entrevistados. Estos apuestan por otras medidas como la lucha contra el fraude fiscal o la mejora de la gestión para ayudar al sistema sanitario público con sus problemas de solvencia económica.

Con todo, sólo nos cabe decir que el copago no es una solución a la sostenibilidad del sistema sanitario público español, no es la solución según algunos expertos (otros sí que lo consideran así), y no es la solución según los ciudadanos. Existen otras vías que no se han explorado como el cambio fiscal (aumento de ciertos impuestos y la lucha contra el fraude fiscal). Por todo ello los ciudadanos deberíamos exigir que ante cualquier reforma, ya sea para implantar un sistema de copago sanitario asistencial, ya sea para modificar los derechos de los ciudadanos en su acceso a los servicios sanitarios públicos, más aún si estas se toman por mor a la sostenibilidad y/o la calidad del sistema, los gobiernos deberían realizar una evaluación seria e independiente sobre el impacto económico, social y sobre la salud de dichas modificaciones. Sin esto sólo podrán decir que las decisiones son ideológicas, programáticas, o basadas en la creencia y no en el conocimiento.

Bibliografía



Bibliografía

7.1. Bibliografía consultada

ABRISKETA, J. (2013): *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. Sistema de Salud <<http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/210>>.

Acta del Congreso de los Diputados, 23-1-1990. Texto de la proposición parlamentaria de 25-1-1990. Serie D, n.º 13.

Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2011): *Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Members States*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.

AHN, N.; ALONSO MESEGUER, J. y. HERCE SAN MIGUEL, J. A. (2003): *Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España*. Documentos de Trabajo n.º 7. Bilbao: Fundación BBVA.

ÁLVAREZ, J. (2008): *La Banca Española ante la actual crisis financiera*. Colección Estabilidad Financiera, n.º 15, Madrid: Banco de España, pp. 21-38.

Amnistía Internacional (2013): *El laberinto de la exclusión sanitaria. Vulneraciones del derecho a la salud de las Islas Baleares*. Madrid: Sección Española de Amnistía Internacional <<http://www.es.amnesty.org>>.

BAMBRA, C.; POPE, D.; SWAMI, V.; STANISTREET, D.; ROSKAM, A.; KUNST, A. y SCOTT-SAMUEL, A. (2009): «Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries», *J Epidemiol Community Health*, n.º 63, pp. 38-44.

BANKAUSKAITE, V.; DUBOIS, H. F. W. y SALTMAN, R. B. (2004): *La descentralización sanitaria en Europa* Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias. Madrid: Ministerio de Sanidad <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe_Anual_2004/CAPITULO_II_Descentralizacion_sanitaria_en_Europa/05_La_descentralizacion_sanitaria_en_Europa.pdf>.

BARAHONA URBINA, P. (2010): «El efecto del copago en el sistema sanitario: ¿Existencia de problemas de equidad?», *Prismasocial*, n.º 4, pp. 1-18.

BENACH, J. (1997): «La desigualdad social perjudica seriamente la salud», *Gaceta Sanitaria*, n.º 11 (6), pp. 255-258.

BENTOLILA, S.; BOLDRIN, M.; DÍAZ-GIMÉNEZ, J. y DOLADO, J. J. (2010): «Introducción», en BENTOLILA, S.; BOLDRIN, M.; DÍAZ-GIMÉNEZ, J. y DOLADO, J. J. (coord.): *La Crisis de la Economía Española. Análisis Económico de la Gran Recesión*. Madrid: Ed. Fedea.

BENTOLILA, S.; CAHUC, P.; DOLADO, J. J. y LE-BARBANCHON, T. (2010): «Paro y empleo temporal durante la crisis: una comparación entre Francia y España», en BENTOLILA, S.; BOLDRIN, M.; DÍAZ-GIMÉNEZ, J. y DOLADO, J. J. (coord.): *La Crisis de la Economía Española. Análisis Económico de la Gran Recesión*. Madrid: Ed. Fedea.

BERRA, S. y ELORZA-RICART, J. M. (2009): *Salud y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante y autóctona en España*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM Núm. 2007/08.

BLACK, D. et al. (1980): *Inequalities in health: a report of a research working group*. Londres: DHSS.

BOLDRIN, M.; CONDE-RUIZ, I. y DÍAZ-GIMÉNEZ, J. (2010): «Ep-pur si Muove! España: Creciendo sin un modelo», en BENTOLILA, S.; BOLDRIN, M.; DÍAZ-GIMÉNEZ, J. y DOLADO, J. J. (coord.): *La Crisis de la Economía Española. Análisis Económico de la Gran Recesión*. Madrid: Ed. Fedea.

BRAUN, R. y DÍAZ-GIMENEZ, J. (2010): «España, Japón y los peligros de una contracción fiscal prematura», en BENTOLILA S.; BOLDRIN, M.; DÍAZ-GIMÉNEZ, J. y DOLADO, J. J. (coord.): *La Crisis de la Economía Española. Análisis Económico de la Gran Recesión*. Madrid: Ed. Fedea.

BRENNER, M. H. (2005): «Commentary: economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century-experience of the United States 1901-2000», *Int J Epidemiol*, n.º 34, pp. 1214-21.

CABO SALVADOR, J. (2010): *El Fantasma del Copago Sanitario* <<http://www.gestion-sanitaria.com/el-fantasma-copago-sanitario.html>>.

CALATRAVA, A. y MARCU, S. (2006): «El acceso de los inmigrantes a los servicios sociales en la Comunidad de Madrid, como factor de integración», *Estudios Geográficos*, LXVII, 261, pp. 441-470 <<http://estudiosgeograficos.revistas.csic.es/index.php/estudiosgeograficos/article/view/28/25>>.

CAMPOS ECHEVERRÍA, J. L. (2008): *La burbuja inmobiliaria española*. Madrid: Marcial Pons.

CANTARERO, D. (2006): «Las políticas en sanidad y su armonización en los países de la OCDE y Unión Europea», *Rev. Adm. Sanit.*, n.º 4 (3), pp. 481-494.

CARBONERO, J.; VICH, C.; ALBERTI, F.; TRUYOLS, A.; SEGUÍ, J. R.; GALMÉS, A. y VICH, G. A. (2010): «¿Afecta el copago sanitario a la equidad?», *Medicina Balear*, n.º 25 (3), pp. 36-41.

COLLINS, C. y GREEN, A. (1994): «Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries», *Intem J Hlth Services*, n.º 24, pp. 459-75.

CONSEJERÍA DE SALUD (2002): *III Plan Andaluz de Salud: "Andalucía en Salud: construyendo nuestro futuro juntos"*. Sevilla: Junta de Andalucía <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/III_plan_andaluz_salud/III_plan_andaluz_salud.pdf>.

COTS, F.; CASTELLS, X.; GARCÍA, O.; RIU, M.; FELIPE, A. y VALL, O. (2007): «Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain)», *BMC Health Services Research*, n.º 7, pp. 9-9.

DÁVILA-QUINTANA, C. y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2009): «Crisis económica y salud» (editorial), *Gaceta Sanitaria*, n.º 23 (4), pp. 261-265.

ETXEBARRIA, A. I.; DE LA IGLESIA, M.A.; GONZÁLEZ, A.; GÓMEZ, M. A.; GARATE, S. y GÓMEZ, E. (2012): «Comparación de costes de cirugía ambulatoria en centro de Atención Primaria versus Hospitalaria», *Gest y Eval Cost Sanit*, n.º 13 (3), pp. 363-7.

FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD (2008): *Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la española*. Madrid: Consejería de Cooperación e Inmigración de Madrid <http://www.fcs.es/docs/publicaciones/resultados_informe_inmigracion.pdf>.

GENÉ, J.; PLANES, A. y BERRAONDO, I. (1999): «Copago y accesibilidad a los servicios sanitarios», *Documentos semFYC*, n.º 14, Madrid.

GONZÁLEZ ENRÍQUEZ, C. (2012): «La atención sanitaria a los inmigrantes irregulares: una comparación europea», *REV. REAL INSTITUTO EL CANO*, n.º 100, pp. 13-16.

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2007): «¿Qué sabemos del impacto de los copagos en atención sanitaria sobre la salud? Evidencia y recomendaciones», en PUIG-JUNOY, J. (coord.): *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria*. Informes FRC (Fundación Rafael Campalans), n.º 1.

[HEALTH EVIDENCE NETWORK (HEN) (2004): «Solid evidence for sound decisions», EKLUND, L.; WALLACE, J.; JONSSON, E.: Health Technology Assessment International. Meeting (1st : 2004 : Krakow, Poland). Proc One HTA Health Technol Assess Int Meet 1st 2004 Krakow Pol.; 1:60.]

HERNÁNDEZ-MARTÍN, A.; MORALEDA-GARCÍA, V. y SÁNCHEZ-ARILLA, M. T. (2011): «Crisis económicas a lo largo de la historia», *Cuadernos de Formación*. Colaboración 5/11, vol. 12.

HUMA (2010): *Informe: ¿Tienen las personas inmigrantes sin permiso de residencia y los solicitantes de asilo derecho de acceso a la atención sanitaria en la UE?, Estudio comparativo en 16 países de la Unión Europea*. Red Huma.

IDLER, E. L.; BENYAMINI, Y. (1997): «Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies», *J Health Soc Behav*, n.º 38, pp. 21-37.

INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA (2010): *Sistema Nacional de Salud de España, 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social <<http://www.msps.es/organización/sns/librosSNS.htm>>.

INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA (2011): *Sistema Nacional de Salud de España, 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. [no es el mismo que la referencia anterior?]

KRIEGER, N. (2002): «Glosario de epidemiología social», *Rev Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health*, n.º 11 (5/6), pp. 480-490.

LA MONCLOA (2013): *Programa Nacional de Reformas. Reino de España, 2013*, <<http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/29B5272B-EC30-478C-80F2-B29D675CD4E7/0/PNREspa%C3%B1a2013.pdf>>.

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2007): «Una reflexión sobre la financiación sanitaria y una propuesta de articulación de copagos basados en la renta», en PUIG-JUNOY, J. (coord.): *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria*. Informes FRC (Fundación Rafael Campalans), n.º 1.

MAESTRO, A. (2011): *Datos concretos sobre el copago sanitario*, <<http://www.attacmadrid.org/>>.

MAKINEN, M.; WATERS, H.; RAUCH, M.; ALMAGAMBETOVA, N.; BISTRAN, R.; GILSON, L.; MCINTYRE, D.; PANNARUNOTHAI, S.; PRIETO, A. L.; UBILLA, G. y RAM, S. (2000): «Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition», *Bulletin of the World Health Organization*, n.º 78 (1), pp. 55-65.

MARTÍN-GARCÍA, M. y SÁNCHEZ-BAYLE, M. (2004): «Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades», en «La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social», *Gaceta Sanitaria*, n.º 18 (1).

MAS, N.; CIRERA, L. y VIÑOLAS, G. (2011): *Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá: implicaciones para el caso español*. IESE Business School. Universidad de Navarra.

MAS SABATÉ, J. (2000): «Gestión privada de servicios públicos: La externalización (outsourcing) en la administración pública», *V Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Santo Domingo, Rep. Dominicana, 24-27 de octubre.

MILIS, A. (1994): «Decentralization and accountability in the health sector from an international perspective: what are the choices», *Public administration and development*, n.º 14, pp. 281-92.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2009): *Informe Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas*.

MONTERRAT CODORNIU, J. (2009): «La “tercera vía de financiación”: la contribución económica del usuario», *Presupuesto y Gasto Público*, n.º 56, pp. 127-143.

MORENO, F. J. y BRUQUETAS, M. (2011): *Inmigración y Estado de Bienestar en España*. Colección Estudios Sociales n.º 31. Obra Social la Caixa.

MORENO MILLÁN, E. (2007): «Ventajas e inconvenientes del copago en la financiación y gestión de la atención sanitaria urgente», *Emergencias*, n.º 19, pp. 32-35.

MOYANO ESTRADA, E. y PÉREZ YRUELA, M. (coord.) (2002): *La sociedad andaluza 2000*. Córdoba: IESA-CSIC.

NAVARROYÁÑEZ, C y PÉREZ YRUELA, M. (2000): «Calidad de vida y cambio social. De la polarización social a la axiológica en la sociedad andaluza», *Revista Internacional de Sociología*, n.º 26, pp. 5-38.

NEWHOSE, J. (1993): *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, MA. Harvard University Press.

OBSERVATORIO DE POLÍTICAS DE SALUD (2010): «Copago sanitario: un impuesto sobre la enfermedad», *Informes de la Fundación*, n.º 25, pp. 2-35.

OECD (2013): *International Migration Outlook*. OECD Publishing <http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2013-en>.

ONU (2011): *2010 Revision of World Population Prospects*. Indicadores Internacionales sobre Desarrollo Humano <<http://hdrstats.undp.org/es/indicadores/69206.html>>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2007): *Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos*. Comisión sobre los Determinantes de la Salud. Vancouver.

PASCUAL, S. (coord.) (2010): «Copago. Conclusiones desde la evidencia científica», *Documentos Semfyc*, n.º 29. Barcelona.

PÉREZ DEL RÍO, F. (2013): *Márgenes de la psiquiatría. Desigualdad económica y enfermedad mental*. Norte de Salud Mental <<http://antigua.ome-aen.org/>>.

PÉREZ MADERUELO, P. (2012): *El Plan E: ¿Un ejemplo de política Keynesiana Frente a la Crisis?*. Trabajo fin de Máster de Investigación en Economía, tutor Julio Herrera Revuelta, Universidad de Valladolid.

POLÍTICAS PÚBLICAS (2011): *Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios*. Plataforma de información para Políticas Públicas de la Universidad Nacional de Cuyo <<http://www.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>>.

PUIG-JUNOY, J. (coord.) (2007): *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria*. Informes FRC n.º 1, Barcelona: Fundación Rafael de Campalans.

PUYOL, A. (2007): «Ética y racionalidad de la contribución financiera del usuario de la sanidad pública», en PUIG-JUNOY, J. (coord.): *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria*. Informes FRC n.º 1, Barcelona: Fundación Rafael de Campalans.

RAVENTÓS, S. (2010): *El copago sanitario. Entrevista a Angels Martínez Castells* <<http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=3395>>.

REPULLO LABRADOR, J. (2009): «La buena Sanidad Pública, ¿ni se compra ni se vende? A propósito de los copagos y de su contribución a una mejor valoración de los servicios públicos por los “usuarios-clientes”», *Salud 2000*, n.º 124, pp. 15-20.

REPULLO LABRADOR, J. R. (2009): «Copago sí, copago no», *AMF*, 5, pp. 625-32.

RODRÍGUEZ, M. y URBANOS, R. (2008): *Desigualdades sociales en salud*. Barcelona: Masson.

RONDINELLI, D. (1981): «Government decentralization in comparative theory and practice in developing countries», *Intern review administrative sciences*, n.º 47, pp. 133-45.

RUHM, C. (2000): «Are recessions good for your health?», *Quarterly Journal of Economics*, n.º 115, pp. 617-650.

RUIZ ROMÁN, M. J.; ROMÁN CERETO, M.; MARTÍN REYES, G.; ALFÉREZ ALFÉREZ, M. J. y PRIETO MERINO, D. (2003): «Calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes terapias sustitutivas de la insuficiencia renal crónica», *Revista Sociedad Española Enfermedades Nefrológicas*, n.º 6 (4), pp. 222-232.

SAN SEGUNDO, G. (2004): «El copago sanitario o la polémica del euro», *Medical Economics*, pp. 30-34.

SÁNCHEZ, F. I.; ABELLÁN, J. M. y OLIVA, J. (2013): *Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional*, <http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/dt4-2013-sanchez-abellan-oliva-servicios-sanitarios-publicos>.

SÁNCHEZ-BAYLE, M. (2011): *El copago sanitario: intereses e ideología* <<http://demeusperlasalut.wordpress.com/2011/02/23/el-copago-sanitario-intereses-e-ideologia/>>.

SECRETARÍA GENERAL DE ECONOMÍA (2012): *Informe económico 2011*. Servicio de Estadística y Publicaciones. Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo, Junta de Andalucía.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNI-TARIA (2010): *Copago. Conclusiones desde la evidencia científica*. Barcelona: Ed. Semfyc.

SOLANAS, P. (2011): «Copago. Conclusiones desde la evidencia científica, SemFYC document», *Atención Primaria*, n.º 43 (1), pp. 1-2.

TARRAGA, P. J.; PÉREZ, M. T.; OCAÑA, J. M.; CERDAN, M.; LÓPEZ, M. A. y PALOMINO, M. A. (2005): «Análisis de los costes de la cirugía menor en atención primaria», *Rev Esp Econ Salud*, n.º 4 (5), pp. 266-272.

UNRIC. CENTRO REGIONAL DE INFORMACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EUROPA OCCIDENTAL: *Los españoles vuelven a ser emigrantes* <<http://www.unric.org/es/desempleo-juvenil/279-los-espanoles-vuelven-a-ser-emigrantes>>.

WHITEHEAD, M. (1992): «The concepts and principles of equity and health», *International Journal of Health Services*, 22 (3), pp. 429-445.

WILKINSON, R. y MARMOT, M. (2003): *Social determinants of Health: The Solid Facts*. Dinamarca: World Health Organization.

7.2. Legislación

Constitución Española, 1978. BOE nº311 de 29 de diciembre de 1978.

Corrección de errores del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE n.º 116, 15 de mayo de 2012, pp. 35407-35411.

Decreto 152/2012, de 5 de junio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Bienestar Social y del Servicio Andaluz de Salud. BOJA n.º 115, de 13 de junio de 2012, pp. 96-109.

Directiva 2004/38/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativa al derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros, por la que se modifica el Reglamento (CEE) n.º 1612/68 y se derogan las Directivas 64/221/CEE, 68/360/CEE, 72/194/CEE, 73/148/CEE, 75/34/CEE, 75/35/CEE, 90/364/CEE, 90/365/CEE y 93/96/CEE. Diario Oficial de la Unión Europea 29-6-2004, L229/35-48.

El Reglamento (CE) n.º 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social. Diario Oficial de la Unión Europea 7-6-2004, L.200/1-49.

Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. BOE n.º 102 de 29 de abril de 1986, pp. 15207-15224.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE n.º 128, 29 de mayo de 2003, pp. 20567-20588.

Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014. BOE n.º 309, de 26 de diciembre de 2013, pp. 104609-105136.

Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE n.º 240, pp. 104593-104626.

Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999. BOE n.º 313, pp. 44352-44412.

Orden SSI/1475/2014, de 29 de julio, por la que se regula, en el ámbito del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, el contenido y procedimiento de suscripción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria, previsto en el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio. BOE n.º 190, pp. 63178-63183

Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. BOE n.º 51, pp. 8558-8566.

Real Decreto 400/1984, de 22 de febrero, sobre Traspaso a la comunidad autónoma de Andalucía de las Funciones y Servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE n.º 51, 29 de febrero de 1984, pp. 5483-5487

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE n.º 98, 24 de abril de 2012, pp. 31278-31312

Reglamento (CE) n.º 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social. Diario Oficial de la Unión Europea 30-10-2009, L.284/1-42.

7.3. Noticias de prensa

El País, 16-2-2013: «6.700 millones menos para sanidad» (Sahaquillo, M.) <http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/02/16/actualidad/1361029181_888112.html>.

Libertaddigital.com, 10-1-2008: «Las predicciones económicas más desastrosas de la historia» <<http://www.libertaddigital.com/fotos/las-10-peores-predicciones-economicas-de-la-historia-libre-mercado-1006748/franklin-raines-10122013.jpg.html>>.

El Economista, 7-5-2009: «Salgado ve ya “brotes verdes” en la economía aunque prepara medidas» <<http://www.eleconomista.es/interstitial/volver/acierto-abril/economia/noticias/1224979/05/09/Salgado-ve-ya-brotes-verdes-en-la-economia-aunque-prepara-medidas.html>>.

Cinco Días, 11-4-2011: «Un debate serio sobre el déficit sanitario» <http://www.cincodias.com/articulo/opinion/debate-serio-deficit-sanitario/20110411cdscdiopi_2/>.

Intereconomía TV, programa «Mas Vivir», 20-10-2011: Ana Pastor: deuda sanidad pública <<http://www.youtube.com/watch?v=HmEWB7Elly0>>.

El País, 20-4-2012: <http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/04/20/actualidad/1334935039_248897.html>.

Público.es, 24-4-2012: declaraciones de Ana Mato <<http://www.publico.es/espana/430731/mato-la-tarjeta-corresponde-a-los-espanoles>>.

RTVE.ES, 24-4-2012: declaraciones de Juan Ignacio Echániz <<http://www.rtve.es/noticias/20120424/echaniz-asaegura-espana-paga-sanidad-rumanos-han-vuelto-su-pais/518113.shtml>>.

Redacción Médica, 14-6-2012: <<http://www.redaccionmedica.com/noticia/modificacion-rd-162012-7768>>.

Cinco Días, 8-8-2012: <http://cincodias.com/cincodias/2012/08/08/economia/1344405383_850215.html>.

El Periódico Extremadura, 9-8-2012: declaraciones de Jose Antonio Monago, presidente de Extremadura <http://www.elperiodicoextremadura.com/noticias/temadeldia/monago-ya-cuesta-bastante-sanidad-como-para-abrir-los-hospitales-a-todos-_673095.html>.

ABC.es, 24-10-2012: declaraciones de Alfonso Alonso <<http://www.abc.es/20120424/espana/abci-alonso-coladero-inmigrantes-201204241311.html>>.

El diario montañés, 13-5-2013: declaraciones de María Jose Sáenz de Buruaga en el Parlamento de Cantabria <<http://www.eldiariomontanes.es/20130513/local/cantabria-general/psoe-trampa-dialogo-valdecilla-201305132025.html>>.

Huffingtonpost.es, 11-10-2013: <http://www.huffingtonpost.es/2013/08/12/jovenes-espanoles-cambiar-pais-trabajo_n_3742221.html>.

7.4. Fuentes de información secundaria

Banco Mundial <<http://datos.bancomundial.org>>

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS): Barómetro Octubre 2012 (2.960). <http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=13224>.

Eurostat. Luxemburgo: European Commission; <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>>.

INE (2007) Encuesta Nacional de Inmigrantes. <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp319&file=inebase>.

INE (2012): Encuesta de Condiciones de Vida. Año 2012. <<http://www.ine.es/prensa/np740.pdf>>.

Instituto Nacional de Estadística (INE): Cifras oficiales de Población; Contabilidad Regional de España; Encuesta de Población Activa; Madrid: INE <<http://www.ine.es/>>.

Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas: <<http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/887E6D29-44E3-4C8F-99F6-8EC0DB6FCF8E/199090/PresentacinPGE2012.pdf>>.


Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal Estadístico del SNS. <<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>>.

Observatorio Social de España <http://www.observatoriosocial.org/ose/datos-economicos/cuentas_economicas/>.


Anexos




8.1. Cuestionario



IESA Instituto de Estudios
Sociales Avanzados





JUNTA DE ANDALUCÍA

La información obtenida en esta encuesta está protegida por la Ley 12/89 que regula el secreto estadístico para las administraciones públicas, no pudiéndose tratar ni difundir más que de forma numérica y agregada, para garantizar el anonimato de los entrevistados.

Nº ESTUDIO: E-1208 COPAGO SANITARIO

ENTREVISTADOR/A:

Buenos días/tardes. El IESA está llevando a cabo un estudio sobre temas de interés para nuestra Comunidad Autónoma. Para ello se están realizando entrevistas a personas seleccionadas al azar, que vivan en Andalucía. ¿Le importaría responder unas preguntas? La entrevista es completamente anónima y en ningún caso se divulgará el contenido de sus respuestas.

TELÉFONO _____

PROVINCIA _____

SEXO _____

EDAD _____

BLOQUE I: SITUACIÓN ECONÓMICA

P1.- Como Ud. sabe, los gobiernos eligen en qué ámbitos se debe priorizar el gasto público. De los servicios que le voy a leer, dígame cuál es para Ud. el más importante para destinar inversión pública.

- Desempleo	1
- Educación	2
- Pensiones	3
- Sanidad	4
- Seguridad	5
- Servicios Sociales	6
- Vivienda	7
- NS	8 (pasa a P3)
- NC	9 (pasa a P3)

P2.- ¿Y en segundo lugar?

- Desempleo	1
- Educación	2
- Pensiones	3
- Sanidad	4
- Seguridad	5
- Servicios Sociales	6
- Vivienda	7
- NS	8
- NC	9

P3.- En general, ¿cómo calificaría la situación ECONÓMICA de Andalucía? Díjale Ud. que es muy buena, buena, mala o muy mala

- Muy buena	5
- Buena	4
- Regular / Ni buena ni mala (NO LEER)	3
- Mala	2
- Muy mala	1
- NS	8
- NC	9

P4. Por lo que Ud. sabe, ¿cree que el Sistema Sanitario Público en Andalucía tiene problemas económicos para poder seguir prestando los mismos servicios que hasta ahora?

- Sí	1 (pasa a P4.1.a)
- No	2 (pasa a P4.1.b)
- NS/ No lo sé	8 (pasa a P4.1.b)
- NC	9 (pasa a P4.1.b)

P4.1.a. ¿Estos problemas económicos que atraviesa la Sanidad Pública son según Ud., muy graves, graves, leves o muy leves?

- Muy leves	1
- Leves	2
- Graves	3
- Muy graves	4
- NS	8
- NC	9

P4.2. ¿Cree Ud. que estos problemas tenderán a aumentar en el futuro, se mantendrán como ahora o disminuirán?

- Aumentarán	1
- Se mantendrán	2
- Disminuirán	3
- NS	8
- NC	9

P4.1.b. ¿Y cree Ud. que en el futuro la Sanidad Pública Andaluza tendrá problemas de sostenibilidad económica?

- Sí, con seguridad	1
- Sí, con bastante probabilidad	2
- No necesariamente	3 (pasa a P6)
- No con seguridad	4 (pasa a P6)
- NS	8 (pasa a P6)
- NC	9 (pasa a P6)

(LOS QUE HAN MARCADO 1 EN P4 Y 1 Y 2 EN P4.1.b)

P5. Valore de 0 a 10, siendo 0 que no tiene ninguna influencia y 10 que tiene mucha influencia, las posibles CAUSAS de las dificultades económicas del Sistema Sanitario Público Andaluz. En concreto, valore la influencia de ...

	0-10	NS	NC
P5.1.- La crisis económica general	88	99	
P5.2.- El abuso de algunos usuarios o pacientes	88	99	
P5.3.- La mala gestión de la sanidad pública	88	99	
P5.4.- El envejecimiento de la población	88	99	
P5.5.- El incremento del coste de determinados tratamientos	88	99	

BLOQUE II: SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ

P6. Hablando de Sanidad, ¿sabría Ud. decirme cómo se llama el organismo que se encarga de la asistencia sanitaria pública en Andalucía? (NO LEER)

- INSALUD (Instituto Nacional de Salud)	1
- SAS (Servicio Andaluz de Salud)	2
- Consejería de Salud	3
- Seguridad Social	4
- Ministerio de Sanidad	5
- Otro (.....) ()	
- NS/NR	68
- NC	99

P7. Y, ¿cómo cree que se financia la sanidad?

- A través de impuestos	1
- Mediante las cuotas a la seguridad social	2
- Otros (¿Quién?)	3
- NS	68
- NC	99

P8. ¿Considera Ud. que los recursos económicos que se destinan a SANIDAD en Andalucía son demasiados, los adecuados o son escasos?

- Demasiados	1
- Los adecuados	2
- Son escasos	3
- NS	68
- NC	99

P9. Suponiendo que hubiera que obtener más recursos económicos para la asistencia sanitaria, ¿cuál cree Ud. que es la opción más adecuada?

- Aumentar los ingresos	1
- Frenar el gasto	2
- Tanto aumentar los ingresos como frenar el gasto	3
- NS	68 (pasa a P10)
- NC	99 (pasa a P10)

P9.1.- ¿Cómo cree Ud. que podría hacerse? (MULTIRESUESTA)

- Aumentando los impuestos	1
- Sacando de otras partidas presupuestarias	2
- Combatiendo el fraude	3
- Que los que utilizan la sanidad paguen una parte	4
- Mejorando la gestión del sistema sanitario	5
- Eliminando prestaciones sanitarias	6
- Perseguiendo el abuso sanitario	7
- Otro (.....)	
- NS	68
- NC	99

BLOQUE III: COPAGO SANITARIO

P10. En los últimos meses, en muchos medios de comunicación se ha hablado sobre el COPAGO en los servicios sanitarios ¿Ha oído Ud. hablar sobre esto?

- Sí, he oído hablar	1
- No, no he oído hablar	2
- NC	99

P11. El copago sanitario supone pagar un precio, aunque sea pequeño, por la atención, tratamientos o servicios sanitarios. Con respecto a este tema, díganos, para el caso de Andalucía, si está Ud. de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes cuestiones que le voy a leer.

(ACLARACIÓN: sólo si no se entiende pagar por ir al centro de salud, al especialista, o a un hospital, o por un determinado tratamiento o prueba)

	De acuer do	En desac uerdo	NS	NC
P11.1.- El copago hará que se utilicen los servicios sanitarios sólo cuando sean necesarios.	1	2	6	9
P11.2.- El copago perjudicará sobre todo a jubilados y enfermos crónicos.	1	2	6	9
P11.3.- El copago hará que las personas con menos ingresos utilicen menos los servicios sanitarios.	1	2	6	9
P11.4.- El copago generará desigualdad social.	1	2	6	9
P11.5.- El copago reducirá las listas de espera.	1	2	6	9
P11.6.- El copago es una medida necesaria para el sostenimiento de la sanidad pública.	1	2	6	9
P11.7.- El copago debería establecerse sólo para los que no son andaluces.	1	2	6	9
P11.8.- Un copago de 1 euro por acudir a la consulta del médico no afecta a la economía de ningún ciudadano.	1	2	6	9
P11.9.- La comida de los hospitales debería pagarse.	1	2	6	9
P11.10.- Se debería pagar en los hospitales si se quiere tener una habitación individual.	1	2	6	9
P12. En general, teniendo en cuenta sus pros y sus contras, ¿cree que el copago es una medida...?				
	SÍ	NO	NS	NC
P12.1.- Necesaria	1	2	6	9
P12.2.- Justa	1	2	6	9
P12.3.- Eficaz.	1	2	6	9
P12.4.- Aceptada por la mayoría de los ciudadanos.	1	2	6	9

(SOLO SI HA CONTESTADO SÍ EN P12.1: EL COPAGO ES UNA MEDIDA NECESARIA)

P12.A. ¿Podría decirme el PRINCIPAL MOTIVO por el que Ud. considera necesario establecer copago en los servicios sanitarios públicos en Andalucía? (UNA SOLA RESPUESTA)

-	()
- NS	68
- NC	99

P13. ¿Estaría Ud. de acuerdo con que se dejaran de financiar ciertas prestaciones sanitarias utilizadas por pocas personas, para ahorrar en sanidad?

- SI 1 (pasa a P13.1)
- No 2 (pasa a P14)
- NS 8 (pasa a P14)
- NC 9 (pasa a P14)

P13.1. ¿Podría decirme QUÉ PRESTACIONES cree que podrían dejar de financiarse? (MÁXIMO 3 RESPUESTAS)

(ACLARACIÓN (sólo si no entienden lo que es una prestación): son prestaciones todos los servicios que le ofrece el servicio sanitario, desde las consultas a las curas u operaciones, tanto en consultorios como hospitales)

- ()
- ()
- ()
- NS 88
- NC 99

BLOQUE IV: ABUSO DEL SISTEMA

P14. Cambiando de tema, ¿cree que hay ciudadanos que abusen del sistema sanitario, por ejemplo acudiendo al médico de familia o a urgencias hospitalarias sin necesidad?

- SI 1 (pasa a P14.1)
- No 2 (pasa a P15)
- NS 8 (pasa a P15)
- NC 9 (pasa a P15)

P14.1. En general, ¿cuánta gente cree Ud. que abusa del sistema sanitario público andaluz?

- La mayoría de los ciudadanos 1
- Bastantes ciudadanos, aunque no la mayoría 2
- Unos pocos ciudadanos 3
- NS 8
- NC 9

P14.2. ¿Y quienes cree que son los que más abusan del sistema sanitario? MULTIRESPUESTA. NO LEER

- Las personas mayores 1
- Los jóvenes 2
- Los inmigrantes 3
- Las personas sin estudios / bajo nivel económico 4
- Los enfermos crónicos 5
- Los turistas 6
- Otros (.....) ()
- Todos, cualquiera 77
- NS 83
- NC 99

P14.3. ¿Cree Ud. que se debería penalizar de alguna forma a aquellos usuarios que van a URGENCIAS sin necesidad?

- SI 1
- No 2
- NS 8
- NC 9

P14.4. Según su opinión, ¿cuál cree que es el PRINCIPAL motivo por el que algunas personas acuden a urgencias sin necesidad? UNA SOLA RESPUESTA. NO LEER

- Ahorrarse la lista de espera 1
- Hacerse pruebas de forma rápida 2
- Les da más confianza el hospital que la consulta de atención primaria 3
- Porque creen que lo que tienen es urgente 4
- Por pasar el rato, por aburrimiento 5
- Otros (.....) ()
- No creo que le gente vaya a Urgencias sin necesidad (NO LEER) 77
- NS 88
- NC 99

BLOQUE V: COPAGO MEDICAMENTOS

P15. Por otro lado, ¿podría decirme si conoce o ha oído Ud. hablar de la reforma que se ha realizado en el sistema de pago de los medicamentos?

- SI 1
- No 2
- NC 9

P16. Con el nuevo sistema los pacientes pagan sus medicinas en función de su nivel de renta y no de su condición de pensionista. ¿Cree Ud. que este nuevo sistema de pago de medicamentos es muy positivo, positivo, ni positivo ni negativo, negativo o muy negativo?

- Muy positivo 5
- Positivo 4
- Ni positivo ni negativo 3
- Negativo 2
- Muy negativo 1
- NS/NR 8
- NC 9

BLOQUE VI: GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

P17. Volviendo a hablar sobre el Sistema Sanitario Público en general, y centrándonos en los usuarios, ¿a quién le parece a Ud. adecuado que atienda el Sistema Sanitario andaluz?

- A todas las personas sin excepción 1
- A los residentes legales en Andalucía 2
- Sólo a los españoles 3
- NS 8
- NC 9

P18. Si pudiera elegir, y siendo gratuito, ¿preferiría que los servicios sanitarios los prestara la administración pública o empresas privadas?

- La administración pública 1
- Empresas privadas 2
- Ambas (NO LEER) 3
- NS 8
- NC 9

P19. ¿Cree que si la Sanidad dependiera del Estado, su gestión sería mejor que la que realiza el gobierno andaluz?

- Sí, con seguridad.....1
- Sí, con bastante probabilidad.....2
- Sí, igual.....3
- No, con bastante probabilidad.....4
- No, con seguridad.....5
- NS.....6
- NC.....9

P20. En general, en la actualidad, el Sistema Sanitario Público en Andalucía cree Ud. que funciona...

- Muy mal.....1
- Mal.....2
- Ni bien ni mal.....3
- Bien.....4
- Muy bien.....5
- NS.....6
- NC.....9

P21. Y en comparación con el resto de Comunidades Autónomas, ¿cree que la asistencia sanitaria pública en Andalucía es mucho mejor, mejor, igual, peor o mucho peor?

- Mucho peor en Andalucía.....1
- Peor.....2
- Igual.....3
- Mejor.....4
- Mucho mejor en Andalucía.....5
- NS.....6
- NC.....9

P22. ¿Piensa Ud. que los ciudadanos reciben los mismos servicios (mismas coberturas y prestaciones) con independencia de en qué Comunidad Autónoma se resida?

- Sí.....1
- No.....2
- NS.....6
- NC.....9

P23. Y pensando en el futuro (dentro de 1 año), ¿cree que la asistencia sanitaria pública en Andalucía será mucho mejor, mejor, igual, peor o mucho peor que ahora?

- Mucho peor.....1
- Peor.....2
- Igual.....3
- Mejor.....4
- Mucho mejor.....5
- NS.....6
- NC.....9

P24. En este sentido, ¿le preocupa que en un futuro no pueda recibir asistencia médica porque no se la pueda pagar?

- Mucho.....4
- Bastante.....3
- Un poco.....2
- Nada.....1
- NS.....6
- NC.....9

P25. Le importaría decirnos en general, ¿cómo describiría su estado de salud en la actualidad? Diría Ud. que es...

- Muy malo.....1
- Malo.....2
- Regular.....3
- Bueno.....4
- Muy bueno.....5
- NS.....6
- NC.....9

P25.1.- Y ¿cree que su salud es mejor, peor o igual que el de otras personas de su misma edad y sexo?

- Es mejor.....3
- Es igual.....2
- Es peor.....1
- NS.....6
- NC.....9

P26. ¿Padece Ud. alguna enfermedad crónica que le obligue a medicarse de forma habitual?

- Sí.....1
- No.....2
- NC.....9

P27. ¿Qué tipo de sanidad tiene?

- Tiene sólo sanidad pública.....1 (pase a P28)
- Tiene sólo sanidad privada.....2 (pase a P27.1)
- Tiene sanidad pública y privada.....3 (pase a P27.1)
- NC.....9 (pase a P28)

P27.1. ¿Tiene contratada una póliza de seguro privado o pertenece a una mutua de seguro médico?

- Sí.....1
- No.....2
- NC.....9

P28. En los últimos 6 meses, ¿ha acudido a algún servicio sanitario público?

- Sí.....1 (pase a P28.1)
- No.....2
- NS/NR.....6
- NC.....9

P28.1. ¿A qué servicios ha acudido en los últimos 6 meses?

	SI	NO	NS	NC
P28.1.a.- Consulta de atención primaria.....	1	2	8	9
P28.1.b.- Realización de pruebas médicas.....	1	2	8	9
P28.1.c.- Consulta del especialista.....	1	2	8	9
P28.1.d.- Hospitalización.....	1	2	6	9

P28.2. En función de su experiencia, diría que el trato recibido en la sanidad pública ¿ha mejorado, se ha mantenido o ha empeorado en los últimos años?

- Ha mejorado.....3
- Se ha mantenido igual.....2
- Ha empeorado.....1
- NS/NR.....6
- NC.....9

BLOQUE VII: DATOS DE CLASIFICACIÓN

LE VAMOS A HACER AHORA UNAS PREGUNTAS PARA CLASIFICAR SUS RESPUESTAS

C1. Sexo:

- Hombre 1
- Mujer 2

C2. ¿Me podría decir su edad? (años que cumplió en su último cumpleaños)

..... años

C3. Su estado civil es...

- Soltero/a 1
- Casado/a 2
- Convivido en pareja 3
- Divorciado/a o separado/a 4
- Viudo/a 5
- NC 9

C4. ¿Podría indicarme qué nivel de estudios terminados tiene Ud.?

- No sabe leer o escribir 1
- Sabe leer y escribir pero fue menos de 5 años a la escuela 2
- Fue a la escuela 5 años o más pero sin completar EGB, ESO O Bachillerato Elemental 3
- Bachiller Elemental, EGB, ESO completa (Graduado escolar) 4
- Bachiller superior, BUP, Bachiller LOGSE, COU, PREU 5
- FPI, FP grado medio, Oficialía Industrial o equivalente 6
- FPII, FP superior, Maestría Industrial o equivalente, Conservatorio 10 años 7
- Diplomatura, Ingeniería Técnica, 3 cursos aprobados de Licenciatura, Ingeniería o Arquitectura 8
- Arquitectura, Ingeniería, Licenciatura o equivalente 9
- Doctorado 10
- NC 99

C5. Su situación económica particular ¿la definiría como muy buena, buena, mala o muy mala?

- Muy mala 1
- Mala 2
- Regular / ni buena ni mala (NO LEER) 3
- Buena 4
- Muy buena 5
- NS 8
- NC 9

C6. ¿Cuál es su situación laboral?

- Trabajando (estar de baja) 1 (pasa a C7)
- Jubilado o pensionista (anteriormente ha trabajado) ... 2 (pasa a C9)
- Jubilado o pensionista (anteriormente no ha trabajado, sus labores) 3 (pasa a C10)
- Desempleado, busca primer empleo 4 (pasa a C3)
- Desempleado, ha trabajado antes 5 (pasa a C8)
- Estudiante 6 (pasa a C8.1)
- Ama de casa 7 (pasa a C5.1)
- Otros 8 (pasa a C5.1)
- NC 9 (pasa a C5.1)

(Sólo a estudiantes, amas de casa, otros y NC)

C6.1. Habitualmente, ¿realiza Ud. alguna actividad remunerada?

- Sí 1 (pasa a C7)
- No 2 (pasa a C10)

(SOLO LOS QUE TRABAJAN O REALIZAN ACTIVIDAD REMUNERADA)

C7. ¿Piensa Ud. que es muy probable, bastante, poco o nada probable que durante los próximos doce meses pierda su empleo actual?

- Muy probable 1
- Bastante probable 2
- Poco probable 3
- Nada probable 4
- NS 8
- NC 9

(SOLO LOS QUE ESTÁN DESEMPLEADOS)

C8. ¿Y cree Ud. que es muy probable, bastante, poco o nada probable que durante los próximos doce meses encuentre Ud. trabajo?

- Muy probable 1
- Bastante probable 2
- Poco probable 3
- Nada probable 4
- NS 8
- NC 9

(TRABAJADORES JUBILADOS HAN TRABAJADO ANTES, DESEMPLEADOS HAN TRABAJADO ANTES, O SI EN REALIZA UNA ACTIVIDAD REMUNERADA EN C6.1)

C9. ¿Y cuál es o era su última ocupación u oficio?

NC 999

C10. Cuando se habla de política se utilizan normalmente las expresiones izquierda y derecha. Si se considera que 0 es completamente de izquierda y 10 completamente de derecha, ¿en qué puntuación se colocaría Ud.?

Inda Dcha NS NC
00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 86 99

C11. - Suponiendo que mañana se celebraran elecciones autonómicas, ¿le importaría decirme a qué partido votaría Ud.?

- Izquierda Unida (IU) 1
- Partido Andalucista (PA) 2
- Partido Socialista (PSOE) 3
- Partido Popular (PP) 4
- Unión Progreso y Democracia (UPyD) 5
- Otros 6
- Votaría en blanco 7
- Votaría nulo 8
- No iría a votar 9
- No tengo derecho a votar (inmigrante) 10
- NS 88
- NC 99

C12. - ¿Le importaría decirme cuál es su nacionalidad?

- Española 1
- Española y otra (¿cuál?) 2
- Otra (¿cuál?) ()
- NC 99

C13. - Por último, en relación a los ingresos mensuales de su hogar, ¿cuál de estas situaciones es la que se da con más frecuencia en su hogar?

- No se llega a fin de mes 1
- Se gasta todo en el mismo mes 2
- Se reserva una parte para gastos futuros y ahorro 3
- NS 8
- NC 9

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

8.2. Ficha Técnica

- Estudio: IESA E-1208.
- Universo: el universo teórico de esta encuesta son residentes en Andalucía con edades iguales o superiores a los 18 años. El universo práctico se corresponde con aquella parte de la población que dispone de teléfono (fijo y/o móvil).
- Tamaño muestral teórico: 1.200 entrevistas.
- Tamaño muestral real: 1.200 entrevistas.
- Procedimiento de encuestación: entrevistas telefónicas asistidas por ordenador (CATI) mediante cuestionario estructurado. Las entrevistas han sido realizadas por entrevistadores cualificados con instrucción específica en este estudio. Se realizarán encuestas tanto a teléfonos fijos como a teléfonos móviles, para conseguir la mayor tasa de cobertura posible.
- Tamaños muestrales por tipo de administración: para calcular la proporción de encuestas en cada tipo de dispositivo se ha calculado la proporción óptima de móviles y fijos que se debe realizar teniendo en cuenta los costes y el porcentaje de tenencia de cada dispositivo. Según esto, la muestra para fijos es de 1.005 entrevistas y la de móviles de 195.
- Tipo de muestreo.

Tanto la muestra a teléfonos móviles como la muestra a teléfonos fijos se han realizado con muestreo aleatorio simple sobre los rangos de números de fijos y móviles.

Para la parte de muestra a móvil se han tenido en cuenta los rangos numéricos asignados por la CMT para móviles, eliminando los asignados a compañías que no tienen actividad en Andalucía y las empresas de telefonía sobre IP.

En la parte de muestra que corresponde a fijos se han tenido en cuenta los rangos numéricos asignados por la CMT para telefonía fija en las provincias andaluzas a operadores que ofrecen telefonía residencial.

La incorporación de las líneas de teléfonos móviles y la utilización de RDD, tecnología que mejora la cobertura de hogares con respecto a los directorios telefónicos, ha impedido que se puedan utilizar como estratos la provincia y el tamaño de hábitat. En su lugar, se han utilizado cuotas de provincias, junto con las cuotas previstas de sexo y grupos de edad, comunes para el conjunto de las muestras de fijo y móvil.

El tamaño de hábitat se controla a posteriori con el calibrado de la muestra, como figura en un apartado posterior.

- Distribución de la población

La distribución de la población según grupos de sexo y edad es la siguiente (porcentajes):

Sexo		Grupos de edad
Hombres	18-29	10,1 %
	30-44	15,9 %
	45-59	12,1 %
	60 y más	11,0 %
Mujeres	18-29	9,6 %
	30-44	15,3 %
	45-59	12,2 %
	60 y más	13,9 %
Total		100 %

Fuente: elaboración propia a partir de la Explotación. Padrón Municipal de Habitantes (enero 2011).

La distribución de la población según provincia es la siguiente (porcentajes):

Provincia	
Almería	8,3 %
Cádiz	14,7 %
Córdoba	9,6 %
Granada	11,1 %
Huelva	6,2 %
Jaén	8,0 %
Málaga	19,4 %
Sevilla	22,7 %
Total	100 %

Fuente: elaboración propia a partir de la Explotación Padrón Municipal de Habitantes (enero de 2011).

- Ponderación y calibración: para calcular el peso muestral se tienen en cuenta las probabilidades de inclusión de los entrevistados, que son las siguientes:

$$P_{fijos} = \frac{n_{fijos}}{N_{fijos} \times \textit{personas en el hogar}}$$

$$P_{móviles} = \frac{n_{móviles} - \textit{número de móviles de la persona}}{N_{móviles}}$$

$$P_{total} = P_{fijos} + P_{móviles}$$

Las personas en el hogar son las que corresponden al universo de la encuesta, en este caso las mayores de 18 años. El número total de *Nfijos*, se ha obtenido del número total de hogares que tienen teléfono fijo en la encuesta TIC del INE. El número total de *Nmóviles*, se obtiene del número total de personas que usan móvil en la misma encuesta. Pero en esta encuesta no figura el número de móviles distintos que usa cada persona, por lo que esta cifra se ha estimado de anteriores encuestas del IESA, siendo de 1,1. Por tanto

$$N_{móviles} = \text{número de personas que usan móvil} \times 1,1$$

El peso correspondiente es inversamente proporcional a la probabilidad total de ser seleccionado.

En una segunda fase se calculan unos pesos calibrados para ajustar la muestra a las poblaciones por edad y sexo, nivel de estudios, provincia, y tamaño municipal.

El tamaño municipal se distribuye como sigue:

Hábitat municipal	
Menos de 5.000 h.	11,3 %
De 5.000 a 20.000 h.	21,1 %
De 20.000 h. a 100.000 h.	31,5 %
Más de 100.000 h.	36,1 %
Total	100 %

Fuente: elaboración propia a partir de la Explotación. Padrón Municipal de Habitantes (enero 2011).

El ajuste por nivel de estudios se debe a que la encuestación mediante entrevista telefónica tiende a sobrerrepresentar a la población con mayor nivel educativo y es necesario restituir la proporcionalidad a la variable nivel de estudios.

La distribución por nivel de estudios:

Nivel de estudios	
Sin estudios	14,3 %
Primarios	19,8 %
Secundarios	50,7 %
Terciarios	15,1 %
Total	100 %

Fuente: Encuesta de Población Activa (EPA) 3^{er} Trimestre de 2012.

- Niveles de error: el nivel de error absoluto máximo esperado de los resultados de la encuesta es de ± 3 % para un nivel de confianza del 95 %.
- Tiempo medio de entrevista: el cuestionario tenía una duración media aproximada de 20 minutos.
- Fecha de trabajo de campo: realizado por las secciones de Estadística y de Encuestas del Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA) entre el 27 de septiembre y el 6 de octubre de 2012.

Los autores

Lourdes Biedma Velázquez es técnico superior especializado del IESA-CSIC y licenciada en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad de Granada. Sus áreas de interés y especialización son las políticas de bienestar, la sociología de la salud y las técnicas de investigación social. Desde 2003 trabaja en diversos proyectos en el ámbito de la sociología de la salud y de la evaluación de políticas públicas en la línea de investigación *Identidad social, Bienestar subjetivo y Comportamiento Humano* del IESA-CSIC.

Rafael Serrano del Rosal es investigador científico del IESA-CSIC y doctor en Ciencias Políticas y Sociología (Universidad de Granada, 1999). Desde hace más de una década su trabajo e intereses se han centrado en la confluencia de tres ámbitos de investigación: a) diseño, análisis y evaluación comprensiva de políticas públicas (fundamentalmente del ámbito de la salud y prestación de servicios sanitarios), b) bienestar subjetivo y satisfacción y c) sociología de la salud. Actualmente es el director de la línea de investigación *Identidad social, Bienestar subjetivo y Comportamiento Humano* del IESA-CSIC.

Sergio Galiano Coronil es licenciado en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad de Granada (2003). Ha centrado su interés en la investigación social aplicada. En este ámbito ha participado en proyectos de diferente índole: estudios sobre el mercado laboral, formación y educación, vivienda, evaluación de políticas públicas, etc. Finalmente, en el terreno académico, ha colaborado en la elaboración de artículos publicados en revistas científicas de impacto y otras publicaciones, basadas en ambos casos en los proyectos de investigación en los que ha trabajado.

José M.^a García de Diego es licenciado en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad de Granada (2003), realizó el Máster Oficial en Sociología Aplicada (2012) por la Universidad de Málaga y actualmente está desarrollando su tesis doctoral en dicha universidad. Ha trabajado como técnico de investigación en diversos proyectos, principalmente en el ámbito de la sociología de la salud y en la evaluación de políticas públicas en el IESA-CSIC. Actualmente desarrolla su actividad profesional como técnico de investigación en el Centro de Estudios Andaluces en temas relacionados con políticas sociales y género. Sus áreas de interés incluyen las teorías sobre la identidad social, la evaluación de políticas sanitarias y la igualdad de género.

Julia Ranchal Romero es licenciada en Investigación y Técnicas de Mercado por la Universidad Autónoma de Madrid y diplomada en Estadística por la Universidad Complutense de Madrid. Desde el año 2004 trabaja como técnico en la línea de investigación *Identidad social, Bienestar subjetivo y Comportamiento Humano* del IESA-CSIC. Sus ámbitos de interés son la metodología de investigación y la aplicación de técnicas de investigación cuantitativas para la medición y evaluación de fenómenos sociales.

Desde que en 1991 el Informe Abril sostuviera que el sistema sanitario tenía graves problemas económicos y aconsejara la introducción de nuevas formas de gestión, entre las cuales se mencionaba el copago de los servicios sanitarios, este tema ha estado explícita o implícitamente en el centro del debate de la financiación de la sanidad pública en diferentes ocasiones. El elemento fundamental que sustenta la existencia misma del debate, más aún en la actualidad política y económica, es por tanto la «insostenibilidad» del sistema sanitario. Son muchos los razonamientos en los que se mezclan, las más de las veces sin acompañarlos de la suficiente información rigurosa y conocimiento, diferentes dimensiones de un fenómeno complejo y poco conocido en su globalidad. Se analizan aspectos políticos y económicos de la implantación de esta nueva tasa, pero se suele olvidar la dimensión social, la visión de los ciudadanos y usuarios del sistema sanitario. Y este ha sido el principal objetivo de este estudio, ampliar la información y el conocimiento que se tiene sobre una posible implantación de un sistema de copago sanitario en Andalucía, incluyendo la opinión de los ciudadanos al respecto.

ISBN: 978-84-942605-3-7



www.centrodeestudiosandaluces.es